

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

No

412

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean FORTINEAU

Né le 14 Octobre 1905

à NANTES

ÉTUDE MÉDICO-SOCIALE ET MÉDICO-LÉGALE

DES

PARALYTIQUES GÉNÉRAUX EN RÉMISSION

(Travail de la Clinique des Maladies Mentales. Prof. : Henri CLAUDE)

Président : HENRI CLAUDE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1937

1871

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean FORTINEAU

Né le 11 Octobre 1905

à NANTES

ÉTUDE MÉDICO-SOCIALE ET MÉDICO-LÉGALE

DES

PARALYTIQUES GÉNÉRAUX EN RÉMISSION

(Travail de la Clinique des Maladies Mentales. Prof. : Henri CLAUDE)

Président : HENRI CLAUDE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1937

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri) .	Pathologie médicale.
BERNARD Étienne	Pathologie médicale.
BESANÇON (J.) ..	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD.....	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ...	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON.....	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD.....	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
GAYET.	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique
JOANNON	Hygiène.

MM.	
LACOMME	Obstétrique.
LANTUÉJOUL ...	Obstétrique.
LAROCHE (Guy) .	Pathologie médicale.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
M ^{lle} J. LÉVY	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI .	Neurologie et Psychiâtrie
MÉNÉGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING.....	Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIÈVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIÉ.....	Chimie biologique.
SÉNÈQUE.....	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LARDENNOIS...	Pathologie chirurgicale.

MM.	
LEROUX.....	Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
VAUDESCAL....	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULÉ		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
CHIRAY		HEITZ-BOYER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		SCHWARTZ	
PASTEUR - VALLÉRY - RADOT		VELTER	
SÉZARY			
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale.		
LE LORIER			
LÉVY-SOLAL			
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

LE DOCTEUR GABRIEL FORTINEAU

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MON FILS

A TOUS LES MIENS — A MES AMIS

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND'PÈRE

LE DOCTEUR LOUIS FORTINEAU

A LA MÉMOIRE DE MES ONCLES

LE PROFESSEUR LOUIS FORTINEAU

LE MÉDECIN AUXILIAIRE CHARLES FORTINEAU

Mort pour la France

A MON ONCLE

LE DOCTEUR LOUIS RAMBAUD

Sénateur de la Vendée.

A MES COUSINS

LES DOCTEURS JACQUES BOURDIN, LOUIS FORTINEAU

LOUIS RAMBAUD

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI CLAUDE

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique des Maladies Mentales

Dont nous avons eu l'honneur d'être l'interne. En témoignage de notre profonde reconnaissance et de notre très respectueux attachement.

A NOS MAITRES DE L'INFIRMERIE SPÉCIALE
(1932-1934)

MONSIEUR LE DOCTEUR GEORGES HEUYER

Médecin des Hôpitaux
Médecin-Chef adjoint de l'Infirmérie Spéciale

*Pour la très grande bien-
veillance qu'il n'a cessé de
nous montrer. En témoi-
gnage de notre reconnaissance
et de notre respectueuse af-
fection.*

MONSIEUR LE DOCTEUR G. G. DE CLÉRAMBAULT
(*in memoriam*).

MONSIEUR LE DOCTEUR B. J. LOGRE

Médecin-Chef de l'Infirmérie Spéciale

*En hommage de respec-
tueux et sincère dévouement.*

MONSIEUR LE DOCTEUR A. BROUSSEAU

Médecin de l'Infirmérie Spéciale

*En gage de dévouement
respectueux.*

A NOS MAITRES DE L'ASILE SAINTE-ANNE
(1934-1936)

MONSIEUR LE DOCTEUR L. MARCHAND

Médecin de l'Asile Sainte-Anne

*En témoignage de notre
profond respect et de notre
vive reconnaissance.*

MONSIEUR LE DOCTEUR V. TRUELLE

Médecin honoraire des Asiles de la Seine.

MONSIEUR LE DOCTEUR P. COURBON

Médecin de l'Asile Sainte-Anne

En hommage respectueux.

A NOS MAITRES DE L'HOPITAL HENRI ROUSSELLE
(1937)

MONSIEUR LE DOCTEUR TH. SIMON

Médecin honoraire des Asiles de la Seine

*Témoignage de respec-
tueux dévouement.*

MONSIEUR LE DOCTEUR GENIL-PERRIN

Médecin-Directeur de l'Hôpital Henri Rousselle

MONSIEUR LE DOCTEUR R. DUPOUY

MONSIEUR LE DOCTEUR R. TARGOWLA

*Qui ont bien voulu s'in-
téresser à notre travail et
nous guider de leurs pré-
cieux conseils. En témoignage
de notre particulière gra-
titude.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LÉVY-VALENSI.

Médecin des Hôpitaux

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PIÉDELIÈVRE.

A MONSIEUR LE MÉDECIN COLONEL FRIBOURG-BLANC.

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. GUIRAUD

Médecin de l'Asile Sainte-Anne

A MONSIEUR LE DOCTEUR X. ABÉLY

Médecin de l'Asile Sainte-Anne

AU DOCTEUR ANDRÉ CEILLIER

*Hommage de gratitude
pour leurs précieux conseils.*

AU DOCTEUR HENRI VIGNES

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,
Accoucheur des Hôpitaux

*En témoignage de notre
très grande reconnaissance.*

A NOS MAÎTRES DE L'INSTITUT
DE MÉDECINE LÉGALE

A MES PREMIERS MAITRES

MONSIEUR LE PROFESSEUR URBAIN MONNIER
(*in memoriam*).

MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI LERAT

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE NANTES

MONSIEUR LE DOCTEUR BÉCIGNEUL.

MONSIEUR LE DOCTEUR LÉON SOURDILLE (*in memoriam*).

MONSIEUR LE DOCTEUR CASTAGNARY.

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. SÉBILEAU.

MONSIEUR LE PROFESSEUR CH. MIRALLIÉ (*in memoriam*).

MONSIEUR LE DOCTEUR BENON.

Dont nous avons eu l'honneur d'être successivement l'externe et l'interne.

En témoignage de notre profonde reconnaissance.

A MES MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

A MES CONFÉRENCIERS

LES DOCTEURS LOUIS LE GUILLANT ET HENRI EY
Médecins des Asiles

A MES CAMARADES D'INTERNAT

INTRODUCTION

La doctrine classique qui considérait la paralysie générale comme une maladie dont le déficit intellectuel était global, irréversible et par conséquent incurable a été, peut-on dire, bouleversée par les thérapeutiques modernes.

Les résultats excellents (nous rapporterons des exemples de malades suivis depuis douze ans dont l'activité est normale) prouvent que la malariathérapie reste la méthode de choix qui doit être appliquée dès que le diagnostic de P. G. aura été posé. Cependant en consultant un très grand nombre d'observations inédites de malades suivis au service de la Clinique des Maladies mentales, nous avons pu remarquer que tous les malades ne bénéficiaient pas également du traitement : les résultats éloignés ne correspondent pas toujours au résultat immédiat.

Tandis que certains malades en bonne rémission pouvaient présenter par la suite des défectuosités mentales, nous en avons trouvé au contraire d'autres dont l'amélioration définitive n'est apparue que plusieurs mois après le traitement initial.

Nous pensons qu'en plus des médications spécifiques indispensables, l'atmosphère, le « climat » dans lequel se trouvera le malade après sa sortie a une importance qui n'est pas négligeable. Le rôle du médecin ne devra donc pas se borner à s'assurer, par le contrôle humoral, des résultats de la thérapeutique prescrite, mais son intervention devra tendre également à permettre au malade de retrouver sa place dans sa famille et dans la société.

Étudiant dans une deuxième partie la situation médico-

légale des paralytiques généraux en rémission, nous pensons qu'il n'est pas inutile de rappeler dans un bref historique la situation de ces malades avant les thérapeutiques modernes pour mieux opposer les conditions nouvelles créées par l'application de la malariathérapie. Après avoir recherché les origines, la fréquence et les caractères des infractions commises par les P. G. en rémission, nous envisagerons les conséquences pratiques qui peuvent en résulter au point de vue pénal et au point de vue civil.

Nous ne prétendons pas résoudre ici des situations souvent complexes ; nous avons voulu seulement signaler, en rapportant des observations cliniques, les difficultés que pouvait rencontrer l'expert dans l'appréciation des cas concrets. Une plus grande souplesse dans la législation conviendrait, semble-t-il, à certains des cas que nous avons rapportés ; et, sans nuire à l'intérêt du malade, elle empêcherait certaines conséquences médico-légales dont on ne peut pas toujours soupçonner les répercussions.

Nous désirons exprimer notre gratitude à notre Maître, M. le Professeur Henri CLAUDE qui nous a inspiré ce travail et a bien voulu nous confier deux observations que nous résumons. Les conseils qu'il nous a donnés, les documents cliniques que nous avons trouvés à la Clinique des Maladies Mentales, nous étaient indispensables pour l'exécution de cette étude. Nous tenons à remercier également nos Maîtres MM. les docteurs LOGRE et HEUYER pour les observations qu'ils ont bien voulu nous communiquer ; M. le docteur GENIL-PERRIN qui nous a si obligeamment prêté plusieurs de ses rapports que nous regrettons de n'avoir pu reproduire intégralement. Nous remercions également M. le docteur MOLIN DE TEYSSIEU qui fut chargé d'établir un rapport d'expertise pour un malade antérieurement soigné dans les Asiles de la Seine.

Nous remercions aussi tous ceux qui nous ont prodigué leurs conseils et apporté leur précieuse collaboration.

CHAPITRE PREMIER

LES RÉMISSIONS AU COURS DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE AVANT LES THÉRAPEUTIQUES MODERNES

Historique

Depuis les « Recherches sur l'arachnitis chronique », et pendant plus d'un siècle, la paralysie générale a été considérée comme essentiellement progressive, se terminant par la mort dans un délai de 2 à 6 ans. Cependant tous les auteurs étaient d'accord pour signaler la possibilité de rétrocession ou simplement d'arrêt au cours de l'évolution de la maladie.

Sans vouloir refaire ici un historique détaillé des « rémissions spontanées », nous voudrions rappeler l'opinion des principaux auteurs sur ce sujet. Déjà BAYLE en 1826, écrivait : « Le petit nombre de malades qui guérissent ou dont l'état s'améliore, était dans la première ou dans la seconde période. Je n'ai vu qu'un seul exemple d'un individu qui après être parvenu jusqu'à la troisième, revint ensuite graduellement à la raison et à la santé, mais il retomba plus tard dans son premier état à la suite d'une congestion cérébrale. Le rétablissement a toujours lieu d'une manière graduelle : l'agitation diminue d'abord, le délire devient moins étendu et moins incohérent ; enfin, la raison, la tranquillité finissent par renaître. Mais la paralysie incomplète diminue plus lentement. Elle ne se dissipe entièrement qu'un ou plusieurs mois après le rétablissement des facultés intellec-

tuelles. La moitié des malades ne recouvre point entièrement la santé. Ils jouissent de la raison, mais leurs facultés sont faibles et ils conservent un embarras plus ou moins marqué dans la prononciation. La plupart de ces individus sont frappés tôt ou tard d'une nouvelle attaque de congestion cérébrale et retombent dans le premier état sans espoir d'amélioration nouvelle ».

BAILLARGER, en 1855, parlant des rémittences, s'exprime ainsi : « Cet état est facile à caractériser. Il se résume dans ces deux faits : cessation du délire, persistance de la démence. » Au cours de la discussion relative à la P. G., SAUZE pose devant la Société Médico-Psychologique la question : « Doit-on les considérer comme complètement guéris ou bien faut-il les regarder comme incapables de rentrer dans la société ? Dans toutes les rémissions on constate toujours un affaiblissement plus ou moins marqué des facultés intellectuelles. C'est là un caractère commun qu'elles présentent et qui ne manque jamais. » DOUTREBENTE dans un travail analogue distingue des rémissions incomplètes, les unes momentanées et fréquentes, les autres, durables, rares, et des rémissions à la fois complètes et durables, très rares.

Cependant tous les auteurs ne sont pas d'accord sur le sens à attacher au terme de rémission. Ainsi, FAURE prétend que c'est « la disparition des symptômes de paralysie et d'aliénation mentale ou peut-être mieux encore, l'état latent de troubles somatiques et psychiques ». Au contraire, BALLAND, SCHILS, considèrent la rémission dans la P. G. comme « une diminution plus ou moins notable dans les symptômes moraux, intellectuels ou somatiques, considérés ensemble ou isolément ».

Quelques années plus tard, LARROQUE conclut à la rareté des rémissions complètes et la fréquence au contraire plus grande des rémissions incomplètes.

SCHÜLE, en 1888, signale l'existence « après l'affaiblissement qui suit la manie, d'un rétablissement lent des fonc-

tions psychiques qui peut donner l'illusion d'une guérison complète et durer des mois, même une année.

Plus près de nous, MAGNAN et SÉRIEUX écrivent : « A côté de ces cas dans lesquels la rémission est constituée par la disparition des manifestations vésaniques surajoutées, les symptômes essentiels persistant, il en est d'autres plus rares où l'on voit les symptômes essentiels s'amender au point de voir disparaître les signes de démence. »

Pour KRAFT-EBING, même au cours des rémissions se montrent : « des signes de faiblesse mentale, des conceptions troublées, une plus grande excitabilité, toutes sortes d'anomalies du caractère. En même temps, le malade ne reconnaît qu'imparfaitement le caractère morbide de la période de maladie qu'il a traversée. »

Dans son article sur la P. G. (*in traité de Psychiatrie de GILBERT-BALLET*), DUPRÉ écrit à propos des rémissions : « L'évolution progressive de la P. G., est parfois entrecoupée et dans des cas exceptionnels, enrayée par des arrêts plus ou moins prolongés dans la marche de la maladie. » Il distingue, à côté de fausses rémissions décrites par Gilbert BALLET, où certains symptômes accessoires disparaissent sans empêcher la persistance et la progression des signes démentiels et paralytiques, d'une part : les rémissions vraies, incomplètes et temporaires où l'on rencontre des atténuations temporaires de l'ensemble de ces symptômes, d'autre part : des rémissions vraies, complètes et temporaires où l'on peut dire qu'il y a disparition de tous les symptômes. Pour cet auteur, les rémissions vraies, complètes et définitives sont « absolument rares ».

De même RÉGIS adoptant cette classification, parle de « rémission-arrêt », de « rémission-atténuation » ou incomplètes chacune d'elles pouvant être temporaire, transitoire, durable, parfois définitive.

Pour JOFFROY et MIGNOT : « les rémissions sont le plus souvent incomplètes, caractérisées par la « disparition des phé-

nomènes surajoutés : états maniaques, mélancoliques, confusionnels, hallucinatoires ou délirants. »

Enfin CHARPENTIER dans son étude clinique et médico-légale de la paralysie générale distingue : « des rémissions vraies, véritables arrêts de l'évolution morbide et des fausses rémissions qui ne sont pas autre chose que la disparition d'un symptôme secondaire épisodique. »

Caractères des rémissions

Nous venons de voir que l'existence des rémissions était admise par l'unanimité des auteurs. Les avis divergent cependant quant à leur fréquence. Cela tient, pensons-nous, au nombre de cas envisagés dans chaque statistique et aux difficultés d'établir une catégorie de rémissions identiques.

On trouve dans la littérature quelques rares observations de malades chez lesquels on a pu parler de rémission complète, voire même de guérison (FERRUS, FALRET, etc.).

MAGNAN et SÉRIEUX en ont observé deux cas seulement.

Les rémissions incomplètes sont au contraire beaucoup plus fréquentes. LARROQUE, sur 204 malades en compte 25, soit 12,7 %.

Pour JOFFROY et MIGNOT, leur fréquence est encore plus grande, puisqu'ils les trouvent dans 1/6^e des cas.

RAYNOR sur 1.004 cas, arrive au total de 33 rémissions (3,5 %). TOPHOFF dans un travail très documenté rapporte les chiffres des auteurs allemands sur ce sujet : « ACKER trouve 14,3 % (1888) ; BEHR (1900) 4,08 % ; HOPPE 16,8 % (1901) ; GAUPP (1908) 10 % dans les cas récents, 1 % lorsque la maladie a une longue durée. PILCZ 21 % (1908), JOACHIM 4 % (1912) ; DUBEL 13,5 % (1916) ; KIRSCHBAUM 11,7 % (1923). »

Lui-même avec un total de 289 cas observés de 1908 à 1922, trouve 4,8 % de rémissions complètes et 14,9 % de rémissions

incomplètes. Si l'on fait la moyenne de l'ensemble de ces statistiques, on arrive au chiffre de 12 %, voisin de celui établi par LARROQUE en 1886.

De nombreuses interprétations furent apportées pour tenter d'expliquer le mécanisme de ces rémissions improprement appelées spontanées. En dehors des règles d'hygiène, le rôle favorable des maladies infectieuses et surtout des suppurations survenant après des anthrax, plaies diverses, escarres, est particulièrement mis en valeur. BAILLARGER, un des premiers, les signale. MARIE et VIOLLET en rapportent une observation. LEROY et MÉDAKOVITCH citent le cas d'un malade, observé par TRUELLE, très amélioré après un anthrax, puis celui d'un paralytique général de leur service, guéri après fonte purulente d'un œil. Ils insistent également sur le parallélisme étroit qui existait entre l'amélioration psychique et l'amélioration humorale. Dans ces deux cas, en effet, les réactions du liquide céphalo-rachidien très positives à l'entrée, étaient devenues négatives après ces suppurations.

Les rémissions seraient également plus fréquentes chez les gens « tarés héréditairement » (LEGRAND DU SAULLE, DOUTREBENTÉ).

Le traitement antisyphtilique, d'après TOPHOFF, ne joue aucun rôle dans l'amélioration. Parmi les malades non améliorés, 26 % avaient été bien traités avant le début de la P. G. ; 7 % n'avaient pas été soignés ou avaient eu un traitement insuffisant. Quant à ceux qui ont présenté des rémissions, 24,6 % avaient reçu antérieurement une médication énergique ; 14 % n'avaient pas eu de traitement.

La plupart de ces rémissions surviennent au début clinique de la maladie. Elles peuvent néanmoins se produire dans des cas avancés, après plusieurs années d'évolution. Ces cas étaient considérés, bien entendu, comme exceptionnels.

Les améliorations sont, nous l'avons vu, le plus souvent incomplètes. Pour PACTET et BONHOMME (*in* traité SERGENT,

RIBADEAU-DUMAS, BABONNEIX) « la *restitutio ad integrum* est d'une extrême rareté, mais on peut observer des rémissions à toutes les périodes de la maladie ». A propos de 13 observations, TARGOWLA, M^{lle} BADONNEL et ROBIN expriment une opinion analogue : « Les rémissions de la P. G., sont caractérisées cliniquement par la disparition de ces signes démentiels, notamment des troubles de la mémoire. Les malades ont une conscience partielle de leur état, portant sur les manifestations antérieures à la rémission et sur les signes physiques. Mais, dans l'ensemble, les symptômes psychiques sont atténués : ils n'ont pas disparu. Et lorsque ces sujets sont capables d'une vie normale, c'est d'une vie réduite, routinière et leur insuffisance mentale est aisément mise en relief par un simple interrogatoire. »

Des séquelles psychiques persistent chez certains. Il existe de l'instabilité émotionnelle avec des troubles de la mémoire et de l'orientation, chez d'autres on remarque des symptômes de dépression associés à un certain degré de ralentissement psychique ou au contraire des formes expansives. Des formes délirantes avec ou sans hallucinations auditives ont été également décrites.

Quant aux signes physiques, ils restent sensiblement stationnaires ; toutefois KRAEPELIN considère que certains signes et spécialement la dysarthrie sont susceptibles d'amélioration, la démarche et les troubles pupillaires étant plus rarement modifiés.

Si les rémissions spontanées étaient relativement fréquentes, leur durée n'était pas très considérable la maladie reprenant inéluctablement son cours. LEGRAND DU SAULLE pouvait dire en parlant de ces malades : « Ils ressemblent à ces plaideurs qui, ayant perdu leur cause, vont en appel puis en cassation pour retarder d'autant l'exécution d'un procès qu'ils sont presque d'avance condamnés à perdre. Le médecin a pu atténuer les symptômes, il n'a pas changé le *substratum*, le terrain même qui sert de base à l'évolution du mal. »

POUR BAYLE, les rémissions ne dépassent pas 18 mois ; BAILLARGER, sur 20 malades améliorés compte 15 rémissions de 6 semaines à un an, les 5 autres durant de un an à deux ans. LARROQUE apportant 13 observations, n'a que 3 malades dont la rémission dépasse un an sans atteindre deux ans. SCHÜLE estime qu'elles peuvent se maintenir « pendant des mois, même une année ». MAGNAN et SÉRIEUX écrivent : « Habituellement transitoires, les rémissions durent en général quelques mois, rarement un an ou deux, exceptionnellement trois ou quatre ans ». KRAFFT-EBING, JOFFROY et MIGNOT expriment une opinion analogue. VALLET, sur 14 observations, n'en cite que deux dont la rémission atteint deux ans. LÉPINE (*in nouveau traité de Médecine Vidal et Teissier*) ne pense pas que les rémissions puissent persister « plus de quelques semaines, ou mieux : de quelques mois ». Dans les rémissions prolongées au delà de ce temps, il s'agit, pour lui : « de formes associées par exemple à l'alcoolisme ou compliquant le tabès. »

Considérations médico-légales

Pour n'être pas très prolongées ces rémissions furent considérées pourtant comme suffisamment importantes puisqu'elles donnèrent lieu à de nombreuses discussions médico-légales.

Dès 1855, BAILLARGER pouvait écrire à propos des malades en rémission : « Leur état ne peut être assimilé à l'état de raison, ils ne peuvent être rendus à la liberté complète, retrouver la plénitude de leurs droits civils, il faut les pourvoir d'un conseil judiciaire. »

SAUZE estime cette mesure insuffisante et croit que leur faculté de tester au point de vue médico-légal est entièrement abolie. Complétant sa pensée, il ajoute : « s'ils sont aptes à gérer leurs biens, ne faudra-t-il pas aussi, pour être

conséquents avec cette doctrine, les regarder comme responsables de leurs actions et jouissant de leur libre arbitre ? »

La question étant posée, elle devait faire l'objet de plusieurs thèses et de nombreux travaux, une part importante était consacrée aux problèmes de droit civil soulevés par ces rémissions. Fallait-il les interdire, leur ôter la faculté de tester, reconnaître leur mariage comme valable ? Auguste VOISIN est formel : « Il faut provoquer l'interdiction, car, s'ils ne jouissent pas de la protection légale, ces malades seront spoliés : Il faudrait la plume de Balzac pour dévoiler ces détails ténébreux : les amis, les parents les taillent à merci comme si en perdant la raison, ils perdaient en même temps leurs droits à toute protection et à la charité humaine. Des intrigants se sont fait donner des objets de valeur, des titres de rente, etc. »

Pour SCHILS, les malades en rémission présentent toujours un affaiblissement plus ou moins considérable. Ils sont inaptes à administrer leurs biens et à se conduire, ils se trouvent dans des conditions exigées pour l'interdiction.

Il convient également d'annuler leurs testaments, ce qui sera facile si l'interdiction est antérieure à l'acte visé. En l'absence d'interdiction ou après main-levée de l'interdiction, le problème devient beaucoup plus délicat à trancher. MARCÉ propose de se baser sur l'écriture du malade. ACQUÉRIN voulait trouver des motifs de nullité dans le fait même de l'acte, le testament fait par un P. G. étant, selon lui, dans la majorité des cas le reflet d'une volonté étrangère et comme tel sujet à caution, surtout s'il ne conserve pas l'ordre naturel des successions.

Les auteurs insistent tout particulièrement sur la fréquence de certains mariages absurdes chez des P. G., en rémission. LEGRAND DU SAULLE rapporte le fait d'un capitaine du génie qui donna sa démission et partit pour le Mexique avec sa domestique. Pendant la traversée, les bizarreries de son attitude fixèrent l'attention de tous les passagers. Arrivé au

Mexique, il tenta de se suicider, fut soigné, guérit et épousa sa domestique qui se fit reconnaître une dot importante, et voulut, plus tard, se faire faire une donation. Le notaire s'y refusa et dans les intervalles demi-lucides, sur les conseils du médecin, le capitaine revint en France où son mariage fut annulé par la Cour Impériale de Paris.

Pour LARROQUE, on doit empêcher le paralytique général en rémission de se marier, non seulement parce que sa fortune passe souvent entre des mains indignes, mais encore parce que ses enfants seront « des héréditaires, des dégénérés ».

Les auteurs considèrent le paralytique général en rémission comme « un être frappé de débilité mentale » (DAGONET) ne pouvant pas jouir de ses droit civils. Il était juste de le décharger de tout acte susceptible de tomber sous tel ou tel article du Code pénal, en un mot de le déclarer irresponsable.

La plupart des auteurs se rallient à ce point de vue. C'est ainsi que FOVILLE, à propos d'une expertise chez un malade accusé de viol établit le trouble intellectuel au moment où l'acte avait été commis en se basant sur le caractère extravagant de l'acte et conclut, malgré l'absence de tout symptôme actuel de délire, à l'irresponsabilité du sujet. Ce dernier fit une rechute quelques jours après avoir bénéficié d'un non-lieu et mourut rapidement.

Nous pourrions multiplier les citations. L'opinion de la plupart des auteurs français, médecins et juristes, est condensée dans cette belle page de FALRET, plaider magistral en faveur de l'irresponsabilité de ces malades :

« Comment limiter exactement la sphère dans laquelle s'exerce le délire ? Comment affirmer que tel acte accompli dans tel moment est totalement étranger aux conceptions délirantes de l'individu, tandis que tel autre acte commis au même instant devra être attribué à une conception morbide ? Comment fragmenter ainsi l'âme humaine et faire deux parts distinctes dans ce qu'il y a de plus indivisible chez l'homme,

sa personnalité, son libre arbitre, sa responsabilité ? Comment le punir en même temps pour certains actes et l'absoudre pour certains autres ? Qui pourrait prétendre apprécier avec certitude ce qui se passe dans l'intimité même de la conscience en dehors de tout témoin intérieur ou extérieur ? Qui pourrait peser, mesurer le degré d'impulsion qui a entraîné le malade et le degré de résistance qu'il a pu y opposer ? Qui a la prétention de posséder un phrénomètre, c'est-à-dire un instrument assez précis, assez rigoureux pour calculer avec certitude dans cette statique intellectuelle et morale, dans ce mécanisme compliqué des facultés intellectuelles, morales et instinctives, la puissance des forces d'impulsion et le contre-poids exercé par les forces de résistance et pour indiquer avec vérité de quel côté se trouve la résultante de toutes ces forces compliquées agissant simultanément, c'est-à-dire l'acte accompli ? Qui pourrait déterminer s'il a été le produit de la décision libre de l'individu, ou bien au contraire s'il a eu lieu malgré lui et à son insu par suite d'une impulsion malade, supérieure à sa volonté ? Cette mensuration exacte des forces physiques et de leur résultante est tout simplement impossible. Ceux qui tentent de la réaliser, médecins ou magistrats, livrent sa solution au hasard et à l'arbitraire des appréciations individuelles, variables selon les moments et les circonstances. Et c'est à l'aide de cette appréciation arbitraire si sujette à l'erreur certaine, que l'on voudrait décider de la vie et de l'honneur des individus et de leur famille. »

En opposition avec cette opinion peut-être un peu trop formelle, LEGRAND DU SAULLE, s'il admet qu'il ne puisse y avoir ni liberté morale, ni responsabilité dans la simple intermission, fait des réserves pour certains cas : « Quand, dit-il, la rémission est de bon aloi et que l'acte incriminé n'a aucun rapport direct ou indirect avec le délire passé, la théorie de la responsabilité partielle trouve là une saisissante application. » Il établit les principes qui doivent être suivis en cas

de rémission : « Il faut étudier avec le soin le plus attentif les circonstances particulières du fait, descendre en quelque sorte dans l'intimité du sujet, analyser les conceptions délirantes antérieures et les rapprocher de l'acte incriminé, discuter à part soi les questions relatives à la préméditation du fait, au mobile possible et à l'intérêt probable de l'accusé et conclure selon sa conscience. »

Au début du siècle, la thèse de l'irresponsabilité semble prévaloir. Pour KRAFFT-EBING « il ne saurait être question d'envisager l'individu comme responsable au point de vue criminel quelque complète que paraisse être la rémission ».

De même VALLAT tient les P. G., pour irresponsables même en période de rémission « car ils n'en continuent pas moins à avoir le cerveau atteint de lésions et, comme nous l'avons vu, les rémissions sont souvent incomplètes, quelques symptômes persistent, indiquant que le malade n'est pas revenu à l'état normal ».

CHAPITRE II

LES RÉMISSIONS DEPUIS LES THÉRAPEUTIQUES MODERNES

Il paraît actuellement difficile de contester le bien-fondé des résultats obtenus dans le traitement de la paralysie générale par les thérapeutiques modernes. Nous ne nous proposons pas d'étudier en détail et de comparer les traitements qui ont pu être proposés depuis une vingtaine d'années. Cependant, nous basant sur les documents que nous avons pu consulter et sur les traitements suivis par les malades dont nous reproduisons les observations, on peut dire que deux méthodes thérapeutiques ont actuellement fait leur preuve : la malariathérapie, paludisme tierce provoqué selon les méthodes de WAGNER VON JAUREGG, la chimiothérapie par les arsenicaux pentavalents (tryparsamide en Amérique stovarsol sodique en France).

Caractères des rémissions

Depuis les premiers travaux de WAGNER VON JAUREGG de très nombreuses statistiques ont été publiées par les auteurs tant en France qu'à l'étranger. Au premier rang des plus anciennes et des plus nombreuses citons celle de WAGNER qui arrive au chiffre de 32 % de rémissions complètes et 12,8% de rémissions incomplètes pour ses 400 premiers cas traités depuis 1917 et observés pendant 5 à 10 ans. KIRSCHBAUM obtient des résultats sensiblement analogues.

En France une première statistique importante publiée en 1930 par CLAUDE et ses élèves confirme ces résultats encourageants. Sur 277 malades traités en 6 ans, 58, soit 20,5 % étaient dans un état normal, et avaient pu reprendre leur vie familiale et professionnelle. LEROY et MÉDAKOVITCH qui ont traité en deux ans 102 malades, entrés dans leur service à une période déjà avancée dans l'évolution de leur affection ont obtenu les résultats suivants : 36 rémissions complètes, 12 rémissions incomplètes, 15 améliorations, soit respectivement 35,3 %, 11,7 % et 14,10 % de résultats favorables à des degrés différents.

Dans le même temps PITOT ne compte pas plus de 16 % de résultats favorables. QUERCY et de BOUCAUD constatent que le pourcentage des rémissions dans la paralysie générale est passé en Gironde de 7 % à 20 % de 1914 à 1934.

Dans un travail très documenté CLAUDE et MASQUIN dressent le bilan des résultats obtenus par la malariathérapie à la Clinique de la Faculté. Sur les 327 malades traités de 1924 à 1933 (260 cas suivis) ils ont obtenu 23,6 % de bonnes améliorations et 17,6 % d'assez bonnes améliorations, soit un total de 41,2 % de récupérations sociales.

Sur les 42 bonnes améliorations relevées, 36 avaient été suivies jusqu'en 1933, l'amélioration persistait chez 31 malades, depuis 7 ans pour 5 d'entre eux. Sur les 53 cas d'assez bonne rémission suivis, 24 sont restés stationnaires, 20 se sont améliorés et 9 ont rechuté. Nous avons, pour notre part, tenté de continuer cette statistique pour les malades hospitalisés dans le Service de la Clinique de 1934 à 1936 :

Total des impalud.	Bonnes rémissions	Assez bonnes	Médiocres	Résultats nuls	Mort
38	6 (16,2 %)	11 (29,1 %)	10 (26,4 %)	8 (24,5 %)	2 (5,4 %)

La définition de LITTRÉ et ROBIN « la rémission est une diminution temporaire des symptômes d'une maladie, soit aiguë, soit chronique » qui pouvait convenir aux rémissions « spontanées » nous paraît actuellement insuffisante.

Nous entendons par « bonne rémission » une amélioration permettant la reprise des occupations antérieures, ce qui implique un état mental correspondant à une « guérison clinique » et par « assez bonne rémission » le cas d'un malade qui pouvant reprendre une activité sociale exigeant seulement un travail de routine, continue à présenter un déficit léger du fonds mental qui sera mis en évidence par les tests psychologiques.

Arrivant à des résultats analogues, PINARD, FIEHRER et TAVENNEC qui ont traité à l'hôpital Cochin 57 malades du 26 octobre 1931 au 1^{er} janvier 1933, notent une amélioration considérable de l'état démentiel des malades ; 6 d'entre eux seulement ont dû être dirigés sur un asile, chez 4 l'état mental est resté stationnaire, sans cependant nécessiter de mesure particulière.

Dans son rapport au XXIII^e Congrès Français de Médecine de Québec, ROGER (de Marseille) estime qu'on peut fixer le chiffre des rémissions complètes à 25 %, le nombre des rémissions incomplètes pouvant atteindre 30 %. Pour cet auteur un quart des paralytiques généraux, en moyenne, peuvent gagner leur vie au bout d'un laps de temps plus ou moins long.

Les statistiques de la malariathérapie englobant un nombre important de malades ne sont pas très nombreuses en France. VIAL estime « qu'elles ne signifient pas grand'chose, quel que soit le soin apporté à les établir et l'angle sous lequel on les envisage ».

Ces constatations ont cependant contribué à réagir contre « le pessimisme inerme que la psychiatrie antérieure imposait en présence de tout paralytique » (ROJAS). Les résultats fournis depuis 6 ans par les auteurs étrangers sont sensible-

ment analogues à ceux que nous venons d'indiquer. En Allemagne MISCHE-FRANKL avait pu suivre en 1931, 800 malades sur un total de 1.000 malades traités de 1922 à 1929. 189 de ces malades étaient en rémission complète et avaient repris leur travail. WEBER en 1934 avait obtenu chez 33,5 % de ses malades des rémissions démontrées par un rendement social normal.

Dans un travail récent (1936) BUDULS a pu suivre à Riga 357 paralytiques généraux impaludés ; 256 (72,5 % ont quitté l'hôpital après le traitement ; 187 (53 %) complètement guéris ou améliorés ; 69 (19,5 %) sans amélioration patente.

En Amérique, HUTCHINGS sur 182 malades hommes a pu constater une très grande amélioration chez 66 d'entre eux, 25 autres ont pu retourner dans leur famille sans pouvoir reprendre leur métier.

Pour REID 31 % des malades traités retournent chez eux chaque année.

NICOLE, ERNEST et FITZGERALD (1934), pour 245 malades malarisés suivis depuis 1 à 8 ans, comptent 18 à 20 % d'améliorations durables.

Au Danemark la statistique d'HENDRISKEN porte sur 319 cas observés jusqu'en 1931, 27,2 % ont été récupérés au point de vue social. L'auteur fixe à 24,5 % le nombre des rémissions complètes et à 23,2 % celui des rémissions partielles.

MADSEN dans son étude de 1934, portant sur 256 malades malarisés et suivis de 1 à 10 ans estime à 38 % le nombre des rémissions complètes ou partielles.

En Italie, CORTESI avait obtenu en 1931, 18,4 % de rémissions complètes, 14,4 % de rémissions médiocres et 13 % de rémissions légères. Pour BRAVETTA et COLUCCI cités par TROMBETTI le nombre des rémissions s'élève à 30 % pour celui-ci (208 cas) et à 31,98 % pour celui-là (114 cas).

La statistique de l'hôpital psychiatrique de Palerme établie par AMABILINO ROSARIO en 1934, pour une durée d'obser-

vation moyenne de 5 ans, comporte 20 % de très bonnes rémissions, 20 % de bonnes rémissions.

A Budapest, TOOMINGAS a pu autoriser $1/3$ des malades traités à reprendre leur travail.

Les résultats les plus favorables sont apportés par ZELEN-DROWSKY, élève de PAULIAN, avec un total de 39,48 % de rémissions cliniques et 36,88 % d'améliorations sur un total de 847 observations.

Les résultats de la chimiothérapie par les arsenicaux pentavalents ont fait en Amérique l'objet de nombreuses recherches (LORENZ, LOEVENHART, BLECKWENN, HODJES). En France SÉZARY et BARBÉ, MARCHAND avec d'autres auteurs ont insisté sur l'action favorable de la stovarsolthérapie sodique en dehors de toute pyrétothérapie.

FILHOL, en 1934, consacre sa thèse au traitement de la paralysie générale par le stovarsol. Il arrive au chiffre de 3 % de malades guéris (1 cas de guérison) et 20 % de malades réadaptés socialement.

La plupart des auteurs, on le remarquera, évitent d'employer le terme de guérison. C'est qu'il est bien difficile d'affirmer le retour à l'état normal chez des malades qui conservent certains symptômes pathologiques. Cependant cette réserve n'est pas à inscrire au passif de la thérapeutique de la paralysie générale. La guérison vraie, la « restitutio ad integrum ante » est à coup sûr difficilement contrôlable dans la paralysie générale ; mais ne l'est-elle pas également pour les autres branches de la médecine ? Aussi bien les auteurs s'accordent-ils pour préférer le terme de rémission en y ajoutant l'épithète susceptible de mieux la caractériser. En France on parle de rémission ou d'amélioration complète, « pratique », assez bonne ou médiocre ou encore de P. G., fixée. Les Allemands emploient les termes correspondants de « Vollremissionen » « Praktische heilung » « Defektheilung » pour apprécier le degré des rémissions.

Pour SCHNEIDER il n'y a pas de rémission complète pas

plus d'ailleurs que dans aucune autre maladie, ou du moins ne peut-on pas la prouver. GROSS n'est pas de cet avis et estime que quelle que soit la maladie traitée s'il ne présente pas de symptôme évolutif au moment de l'examen, on doit déclarer le malade guéri. Se rangeant à cette opinion TOOMINGAS considère les rémissions complètes comme des guérisons. Pour TROMBETTI on peut parler maintenant d'une vraie guérison clinique.

Par contre WEYGANDT ne croit pas à l'existence de guérisons complètes. Il y a, pour cet auteur, des rémissions dont le degré est fixé par la possibilité de reprise de la profession et il faut distinguer les résultats où le travail personnel avec initiative est possible de ceux qui ne comportent qu'un travail de routine exigeant seulement la conservation des automatismes professionnels.

D'après DUJARDIN et TARGOWLA il est difficile d'affirmer même dans les cas les plus favorables le retour absolu à l'état antérieur : il persisterait une faiblesse intellectuelle, un certain degré de fatigabilité. L'optimisme, la confiance en soi de certains malades seraient comme les vestiges de l'euphorie et de l'inconscience démentielle ; à l'opposé, une certaine apathie pourrait être considérée chez d'autres malades comme la séquelle des formes dépressives. HENDRISKEN, même dans les guérisons apparemment complètes, décèle par un examen attentif des signes de déficit.

Beaucoup d'auteurs insistent sur l'importance des lésions anatomiques et les réserves qu'elles imposent. C'est ainsi que WIZEL et PRUSSAK, s'ils admettent la disparition des troubles mentaux croient également à la persistance de lésions anatomiques. Pour PONITZ si le processus paralytique est arrêté la guérison est imparfaite car il subsiste certaines destructions cellulaires ou certaines lésions cicatricielles indélébiles. MYSLIVESECK considère que le cerveau n'est pas intact puisqu'il a été le siège d'un processus morbide aigu

au cours duquel une partie de la substance a été irrémédiablement détruite.

Cependant SCHMELZ met en garde contre le scepticisme trop marqué de certains auteurs vis-à-vis de l'amélioration par la malariathérapie.

Nous aurons l'occasion de revenir, à propos de nos observations, sur la question du degré des rémissions. Nous verrons qu'à côté de malades suivis depuis tantôt 12 ans et capables d'initiative dans leurs occupations professionnelles, d'autres présentent des défaillances légères susceptibles de passer inaperçues à un examen rapide. Il est juste d'ajouter que des malades dont la rémission au début n'était qu'incomplète ont pu s'améliorer progressivement sous l'influence du traitement chimiothérapique consécutif.

La durée des rémissions dépend, selon nous, en grande partie de la régularité avec laquelle ce traitement a été suivi. Elle est aussi fonction du degré de l'affaiblissement au début de l'affection. Sur les 61 malades en rémission complète observés par CLAUDE et MASQUIN, plus de la moitié, avaient été traités depuis plus de 5 ans. REID estime que la proportion des malades guéris depuis 6 à 9 ans est seulement de 12 % tandis qu'elle s'élève à 24 % pour ceux traités seulement depuis 1 à 5 ans. Cette différence de proportion s'explique par les rechutes qui surviennent le plus souvent au cours des 3 ou 4 premières années. Ces rechutes sont d'autant plus rares d'après GERSTMANN que la rémission est plus complète et qu'elle s'est maintenue plus de temps. Elles sont improbables après 3 ans. A l'appui de son affirmation cet auteur indique 7 rechutes, soit 4,8 %, entre 1 et 3 ans sur 145 cas de rémissions complètes. Pour les rémissions incomplètes le nombre des rechutes s'élève à 35 sur 111 cas au cours d'une période de 1 à 3 années. 67 des malades de BUDULS, soit 26,2 % de la totalité des cas sortis en rémission ont dû rentrer ultérieurement à la clinique.

Nous avons pu constater en examinant les dossiers du ser-

vice de l'Admission de l'Asile Sainte-Anne (Hommes et Femmes) que les rechutes survenaient exceptionnellement plus de 4 ans après la malariathérapie. Parmi les malades hospitalisés dans le service du Professeur CLAUDE nous n'avons pas trouvé un seul cas de rechute ayant nécessité l'internement 4 ans après le début de la maladie, chez les malades régulièrement traités.

Les thérapeutiques modernes par l'importance de leurs résultats ont modifié de fond en comble l'avenir des paralytiques généraux. Les rémissions, pour les anciens auteurs, étaient envisagées d'un point de vue beaucoup plus théorique que pratique. Au contraire les résultats des thérapeutiques actuelles permettant des rémissions complètes ou partielles soulèvent des problèmes nouveaux qui par leur diversité méritent de retenir l'attention au double point de vue médico-social et médico-légal.

CHAPITRE III

ÉTUDE MÉDICO-SOCIALE

Avant l'institution de la pyrétothérapie les paralytiques généraux quittaient rarement l'asile, ils ne reprenaient qu'exceptionnellement une activité professionnelle au cours des rémissions spontanées qu'ils pouvaient présenter. Nous ne voulons pas prétendre qu'actuellement tous les paralytiques généraux soient capables de reprendre l'activité sociale qu'ils pouvaient avoir avant le début de l'affection. Beaucoup d'entre eux cependant étant améliorés il convient d'étudier leur comportement dans la famille et leur réadaptation à la vie au dehors.

*
* *

Certains auteurs (MOLLENHOFF) estiment préférable que le malade en rémission ne dépende pas de sa famille qui, l'ayant vu au début de sa maladie, peut conserver une certaine méfiance à son égard, et lui imposer une tutelle susceptible de la diminuer à ses propres yeux. Il arrive assez fréquemment de voir se manifester, chez des malades critiquant parfaitement leur état, des *tendances dépressives*. Peut-on dire qu'elles revêtent une forme cyclothymique dépendant comme le voudrait GORIA d'une constitution du sujet chez lequel on relèverait des traits cyclothymiques ? Pour notre part nous n'avons pas toujours retrouvé ces caractères chez les malades que nous avons pu examiner. Mais

nous avons pu constater combien ils étaient sensibles et capables d'être affectés par certaines allusions de leur entourage. L'observation suivante, mieux que de longs commentaires, nous le démontre.

OBSERVATION I

Service de la Clinique des maladies mentales

Dal., Charles, représentant, 56 ans.

Placé dans le service le 21 janvier 1931.

On constate un déficit intellectuel global avec dysmnésie, inconscience de sa situation. Euphorie. Expansivité.

Examen neurologique : Dysarthrie, tremblement. Ataxie. Romberg. Incoordination motrice. Abolition des réflexes tendineux. Analgésie profonde. Irrégularité pupillaire. Signe d'Argyll. Ponction lombaire à l'entrée : Albumine : 0,40, lymphos : 40. Bordet-Wassermann positif. Benjoin : 42221.22221.00000. Impaludé le 2 février 1931. Sort amélioré le 24 mars. Critiquait parfaitement sa situation.

Après une courte période de convalescence, il essaie de reprendre son métier, mais il est très vite fatigué et doit abandonner toute occupation professionnelle au bout de quelques mois.

Depuis cette époque, il souffre de son infériorité, il est humilié et particulièrement sensible aux réflexions des personnes de son entourage (belle-mère, voisins), qui lui reprochent de ne pas travailler. En 1934 épisode dépressif de courte durée avec idées de suicide.

En fait, tandis que sa femme et son fils travaillent au dehors, il vaque aux soins du ménage, fait les commissions, prépare les repas, c'est lui qui procède au nettoyage et au repassage. En dehors de ces travaux qu'il exécute parfaitement il lit et joue du piano. Pas de troubles du caractère, mais très sensible au bruit (il ne peut écouter la T. S. F.). A suivi régulièrement un traitement de 1931 à 1935 dans un dispensaire. Depuis 2 ans, traité à Cochon (service du Dr PINARD). Sa présentation est actuellement correcte. Réponses pertinentes. Les tests fournissent des résultats satisfaisants dans l'ensemble. On note toutefois une certaine fatigabilité à la fin de

l'examen. C'est ainsi que le problème des œufs n'est résolu que d'une façon approximative. En outre, erreurs de calcul mental dont il se rend parfaitement compte. Les signes de tabès ne sont pas modifiés depuis 1931. Pas de dysarthrie. Résultats de la ponction sous-occipitale pratiquée à l'hôpital Cochin (17 janvier 1937). Formule négative. Alb. : 0,16, lympho. : 0,4, B. W. négatif. Benjoin : 00000. 02200.00000.

Chez d'autres malades l'activité pragmatique, même après amélioration appréciable du fonds mental contrôlé par les tests psychologiques, est souvent réduite. Ces paralytiques généraux sont beaucoup plus inhibés que déments. La crainte de commettre des erreurs leur interdit toute initiative ; euphoriques au stade initial de leur maladie quand ils n'avaient pas conscience de leur état, ils sont devenus taciturnes, peu communicatifs, quand après le traitement, ils connaissent l'origine de leur mal et la gravité de leur affection. Cet « autisme morose » a pu permettre à GORIA d'individualiser une forme schizophrénique présentant surtout des traits schizoïdes qui sont l'expression d'une lésion progressive du cerveau. Quoi qu'il en soit ces malades soucieux de leur avenir n'osent pas engager de dépenses, deviennent, aux dires de leur entourage, très avares.

OBSERVATION II

Service de la Clinique des maladies mentales

Roll, Francis, 44 ans, manutentionnaire.

Entré dans le service le 7 août 1934 avec le certificat suivant, après avoir fait un séjour à l'hôpital Henri Rousselle :

« Paralyse générale. Affaiblissement intellectuel. Confusion initiale en voie de disparition. Orientation imprécise. Embrouille les dates. Euphorie. Inconscience de l'état morbide. Nerveux mais en bonne santé. Achètera une petite ferme avec deux vaches et des cochons, etc. Violences et fugues. Réflexes tendineux vifs. Pupilles

inégaies réagissant paresseusement. P. L. Alb. : 0,90. Lympho. : 176. B.-W. positif. Benjoin : 22222.22222.21000. (D^r Courrois). »

Dans le service le malade est calme, présentant un aspect de torpeur et d'affaiblissement. Il est impaludé le 14 août 1934. Au mois d'octobre, l'état mental est meilleur, reconnaît avoir présenté des troubles de la mémoire et avoir fait des erreurs dans son travail. Il quitte le service le 12 décembre 1934. Il n'est pas guéri, les épreuves du fonds mental permettent de noter une persistance des troubles de l'attention. La mémoire est meilleure mais le jugement est encore très insuffisant. Les signes neurologiques ne sont pas modifiés. L'état général est meilleur. Le malade a augmenté de 7 kilogs pendant son séjour à l'hôpital. Au mois de novembre 1935, après traitement (Stovarsol, Bismuth) le malade revient à la consultation. P. L. : Alb. : 0,25, leuco. : 3. B.-W. : positif. Benjoin : 01220.02221.00000.

En octobre 1936, nous revoyons le malade. L'examen de son fonds mental est meilleur pour les différentes épreuves. Il ne répond toutefois pas à certains tests comme le problème des œufs, ne sachant pas s'il doit faire une « addition, une multiplication ou une division » (sic). L'écriture est moins tremblée qu'autrefois. P. L. : 21-10-36 : Alb. : 0,30. Lympho. : 1. B.-W. positif. Benjoin : 01100.02100.00000.

Les signes neurologiques ne sont pas modifiés. Le malade s'occupe chez lui à quelques travaux de ménage. Il désirerait reprendre un travail actif. Sa femme, qui l'accompagne, n'a pas constaté beaucoup d'amélioration après un an. Il est le plus souvent morose, parlant très peu chez lui. Il s'occupe du ménage mais évite de sortir. Il éprouve en effet un sentiment de gêne, il a peur d'être considéré dans le voisinage comme un paresseux. Il est devenu très avare. Pas de troubles graves du caractère. Assuré social, il reçoit une rente trimestrielle de 325 francs.

Le remords est souvent la cause initiale des modifications de l'humeur chez des malades qui occupant parfois des situations importantes se reprochent de n'avoir pas suivi un traitement suffisamment énergique au moment de la première infection. D'autres estiment qu'ils n'auraient pas dû

se marier sachant qu'ils avaient contracté la syphilis ; ils craignent d'avoir contaminé leur femme, se reprochent d'avoir eu des enfants dont l'avenir leur paraît compromis.

Ces formes dépressives se rencontrent déjà à la période initiale de la paralysie générale (VURPAS et CORMAN) et peuvent déterminer des tentatives de suicide que ces malades réalisent parfois en dépit de l'absurdité des moyens employés.

On retrouve dans la littérature plusieurs observations de paralytiques généraux en rémission, qui ayant retrouvé l'autocritique leur permettant d'évaluer un état mental partiellement déficient, ont préféré la mort à une vie jugée par eux insuffisante.

MICHEL et WEBER rapportent 3 cas de suicide et 3 tentatives chez des malades améliorés par la malariathérapie.

MILOVANOVITCH a observé également 3 suicides, l'un par pendaison, l'autre par submersion, le dernier par arme à feu. Un des malades d'AIGROT se serait probablement suicidé. Nous trouvons dans la thèse de VIAL 2 observations de malades qui se sont suicidés, l'un (obs. XI) impaludé en 1931 s'est suicidé en 1936 au cours d'un raptus anxieux ; il n'était qu'imparfaitement remis et se rendait compte de son état, l'autre (obs. XVI) impaludé en 1933 présentait des antécédents cyclothymiques ; il s'est tué en 1934. Nous avons recherché systématiquement si, parmi les paralytiques généraux passés au service de l'Admission de Sainte-Anne (1), après une première hospitalisation, certains d'entre eux avaient essayé d'attenter à leurs jours. Au cours d'une période de 4 ans, de 1933 à 1937, nous n'en avons trouvé que deux cas.

(1) Nous tenons à ce propos, à remercier encore une fois M. le docteur Xavier ABÉLY, médecin-chef du service de l'Admission qui a bien voulu nous autoriser à consulter les dossiers de son service.

OBSERVATION III

(Service de l'Admission)

Van..., Edouard, 51 ans, mécanicien.

Arrêté le 3 août 1933 pour avoir menacé de mort un voisin qu'il accusait de lui avoir dérobé 300 francs dans son portefeuille. Réclame 1.000 francs de dommages-intérêts dont 100 iraient aux agents et 500 à la Caisse des Écoles.

Conduit à l'Infirmierie spéciale, il est placé à Sainte-Anne avec certificat du Dr MICHAUX. A l'entrée à Sainte-Anne, le Dr SIMON confirme le diagnostic de paralysie générale : « Lenteur de l'idéation, accrocs de la parole, inégalité pupillaire, réflexes rotuliens exagérés. Dysarthrie légère. »

Les réactions humorales sont positives dans le L. C. R. Alb. : 0,60. Lympho. : 37. B.-W. positif. Benjoin : 22222.22200.00000.

Le malade est traité dans le service du Dr GUIRAUD du 9 août 1933 au 24 mars 1934. Après malariathérapie et traitement chimiothérapique, il quitte l'hôpital « considérablement amélioré ».

Son frère qui le reçoit pendant quelques jours le trouve tout à fait normal, n'exprimant aucune idée délirante.

Puis le malade rentre chez lui, mais son foyer est brisé (sa femme est placée à Sainte-Anne, son fils est confié à des amis). Il cherche vainement du travail (son permis de conduire lui a été retiré pendant qu'il se trouvait à l'asile). Il essaie de vendre son mobilier pour régler quelques dettes et se procurer un peu d'argent. Cependant les difficultés, de la vie sont loin d'être résolues. Découragé, désespéré, ne pouvant supporter cette situation lamentable, il tente de se pendre. A la suite de cette tentative de suicide, il est amené le 10 avril 1934 à l'hôpital Henri Rousselle. (Un sillon linéaire est visible). L'état général laisse à désirer pendant quelques jours (température dépassant 38°). Le malade est à nouveau interné le 16 avril 1934. P. L. 11 avril 1934 : Alb. : 0,35. Lympho. : 2,4. B.-W. positif. Benjoin : 01100.02222.00000.

Placé à Villejuif, le malade a pu sortir le 1^{er} mars 1937 en bonne rémission.

A côté de ces cas où la situation morale douloureuse peut expliquer le suicide, il en est d'autres où ces réactions dépressives sont la conséquence d'un facteur toxique exogène.

OBSERVATION IV

(Service de l'Admission)

Entré à l'hôpital en septembre 1932. Sa femme rapporte que depuis 15 jours, il commet des excentricités, rentrant par exemple en chemise chez lui avec une serviette autour du cou. Excès de boisson depuis mai 1932. Chômeur depuis 6 mois. Interné le 26 septembre 1932, le Dr SIMON mentionne dans son certificat ;

« P. G. avec mélange d'idées de persécution et d'euphorie. Bavardage et turbulence. Accrocs de la parole. Pupilles déformées, inégales, et sans réaction à la lumière. » Le malade traité par malaria puis Stovarsol quitte l'asile en bonne rémission le 16 avril 1933.

En octobre 1934, il essaie à plusieurs reprises de se jeter à la Seine en enjambant le parapet du Pont-au-Change. Sa femme, avertie, refuse de le reprendre car il a recommencé à boire et menace fréquemment les siens.

Le malade est envoyé à l'infirmerie spéciale où le Dr LOGRE constate :

« P. G. traitée par malaria. Dysmnésie. Élément dépressif actuel. Impulsivité. Pupilles inégales, myotiques et rigides. Élément éthylique. Pas de tremblement. »

Mais, dira-t-on, ne peut-on pas prévoir ces réactions dépressives ? L'étude du milieu dans lequel le malade sera appelé à vivre ne doit pas être négligée, nous venons d'en voir l'importance. Mais en dehors de ces renseignements les antécédents du malade lui-même ne permettent-ils pas un élément de pronostic ? Dans les deux premiers exemples que nous venons de citer il n'y avait aucun antécédent cyclothymique. Les premières manifestations morbides ne s'étaient pas traduites par un élément dépressif.

A l'opposé nous avons pu examiner des malades qui, ayant fait au premier stade de leur maladie une ou plusieurs tentatives de suicide ont présenté lors d'une rechute des troubles caractériels d'un ordre tout différent.

OBSERVATION V

Service de la Clinique des Maladies Mentales

He..., Gaston, 34 ans, peintre.

Syphilis en 1922. En octobre 1930, pendant un mois, période de tristesse et d'abattement. Se plaint de sentir quelque chose de bizarre dans la tête, a peur de devenir fou. Tentative de suicide avec un revolver. Après quelques semaines de repos, il reprend son travail. En octobre 1931, étant au chômage, il manifeste l'intention de s'établir à son compte et achète un matériel de peintre en bâtiment. Il dit à sa mère qu'elle ne doit plus travailler, car il va gagner beaucoup d'argent. En fait, sa petite industrie périclité. Au mois de septembre 1932, nouvel état dépressif : il a froid, n'a pas la force de bouger, incapable de sortir pour aller faire pointer sa carte de chômage. Une nuit il se lève, s'habille puis quitte son domicile pour revenir une heure après. Il est trempé et déclare à sa mère qu'il s'est jeté dans le canal Saint-Martin.

A son entrée le 24 novembre 1932, il ne se présente pas comme un mélancolique, pas de douleur morale, pas de dépression véritable, aucune idée délirante à caractère hypocondriaque. Il existe par contre un certain degré d'affaiblissement psychique, son raisonnement est pauvre, sa tentative de suicide est commentée d'une façon absurde. « Je me suis laissé tomber le long du canal, dit-il, je n'ai pas sombré, je me suis rattrapé au bord. » Il paraît indifférent à tout ce qui l'entoure et ne manifeste aucune anxiété.

Examen neurologique : pupilles déformées et paresseuses, dysarthrie. L. C. R. Alb. : 0,30, lympho. : 10. B.-W. positif. Benjoin : 22222.22222.22000. Le malade est impaludé le 6 décembre 1932 sans incident notable. Il sort très amélioré du service le 31 mai 1933 et reprend peu de temps après son métier.

Au mois de mars 1934 son comportement, qui jusque là avait été

tout à fait normal, se modifie. Il devient nerveux, travaille mal. A la suite d'une dispute avec son patron, il quitte sa place mais cache cet incident à sa mère pendant plusieurs jours. Peu à peu les troubles de l'humeur s'accroissent, alternatives d'euphorie et d'irritabilité, incapacité de travailler. Ce malade doit être réinterné le 15 mai. Pas de nouvelle tentative de suicide.

*
* *

La personnalité psychique peut être perturbée de multiples façons. KAPLINSKY et LUSTERNICK ont individualisé certains types pouvant résulter de l'exagération de prédispositions mises en relief par les défauts intellectuels ou paraissant créés par le terrain déficitaire lui-même. VERMEYLEN et VERVAECK ont insisté sur les formes psychosiques des paralytiques généraux malarisés. Nous n'envisageons ici ni les formes délirantes de structure paranoïde ni les délires hypocondriaques (GERTSMANN, R. LEROY, paraphrénies paralytiques de MASQUIN et BOREL). Mais à côté de ces syndromes traduisant déjà une certaine désagrégation psychique on rencontre certaines modifications caractérielles se traduisant par des *tendances revendicatrices* et ne comportant qu'un affaiblissement psychique discret.

Ce syndrome de revendication peut être dirigé soit contre le médecin qui a rédigé le certificat d'internement, soit contre la famille qui l'a provoqué. Il peut se manifester par des réactions impulsives et agressives nécessitant à nouveau une mesure d'internement.

OBSERVATION VI

Service de la Clinique des Maladies Mentales

Fo..., Bernard, 45 ans. Marchand forain.

Traité pour la 1^{re} fois en 1931 à l'hôpital Henri Rousselle.

Idées de satisfaction, de supériorité physique et intellectuelle,

et troubles du caractère . P. L. à l'entrée : Alb. 0,60. Lympho. : 4. B.-W. positif. Benjoin : 22222.22222.00000. Impaludation au mois de mai 1932. A sa sortie de l'hôpital : fonds mental meilleur qu'à l'entrée. Niveau (Terman) : 12 ans 3 mois au lieu de 11 ans 3 mois. Quotient d'intelligence : 77 contre 70. Les troubles du caractère s'amendent aussi. Il aide sa femme dans son commerce mais refuse de participer à la vente. En juin 1933, à la suite d'excès de boisson, reprise immédiate des réactions coléreuses. Devient menaçant, violent, renverse les meubles, brise la vaisselle, tente à plusieurs reprises d'étrangler sa femme, de la jeter par la fenêtre. Réactions agressives dirigées également contre son fils âgé de 20 ans.

A son entrée au service fermé de la Clinique on ne constate aucune idée délirante, pas d'affaiblissement intellectuel marqué. Les réponses aux tests sont satisfaisantes.

Très réticent. Le malade prétend que sa femme a voulu le faire enfermer, qu'il n'a jamais eu l'intention de la tuer. Il ajoute : « Ceux qui tuent ne s'en vantent pas à l'avance » et justifie son opinion en évoquant un fait divers récent. Réimpaludé et traité dans le service en août 1933. Aucune amélioration du comportement. Continue à se montrer désagréable dans le service, il est particulièrement grossier vis-à-vis de sa femme qui vient le voir. Par contre le L. C. R. est favorablement modifié. Alb. : 0,30. Lympho. : 2. B.-W. partiellement positif. Benjoin : 00000.02221.00000.

Le malade est transféré à l'asile de Ville-Evrard le 20 octobre 1933.

Au mois de mai 1935, le malade réclamait avec insistance sa sortie. Le Dr PETIT rédige le certificat suivant : « P. G., avec troubles intellectuels, en particulier troubles du jugement ; tout à fait inconscient de son état et interprète de manière délirante ou même nie absolument les réactions impulsives dangereuses qui ont provoqué son internement. Bien que ce malade se montre docile et calme actuellement on ne pourrait se porter garant de ses réactions ultérieures s'il était rendu à la liberté. Ses troubles profonds du jugement, sa mauvaise foi foncière, les sentiments d'hostilité qu'il manifeste à l'égard de sa femme peuvent faire craindre une récurrence de telles réactions. »

Le malade écrit alors à diverses personnalités politiques pour obtenir sa mise en liberté. Devant l'insuccès de ses démarches, il s'évade le 17 octobre 1935. Le 22, il est arrêté sur la dénonciation

de sa femme, il n'oppose aucune résistance et se contente d'expliquer « qu'il souffrait trop moralement de se trouver constamment en présence de personnes qui n'ont plus leur raison ».

De retour à l'asile, il continue à écrire aux autorités des lettres traduisant ses sentiments d'hostilité à l'égard de sa femme. C'est ainsi qu'il écrit au Procureur de la République « pour ne pas être maintenu arbitrairement et condamné à perpétuité par la seule volonté de ma femme qui a installé à ma place confortablement son amant » ; et encore « je suis embastillé par l'intrigue de ma femme ». De son côté sa femme affirme : « s'il sort, mes jours sont comptés. »

Le 20 octobre 1936, la sortie est accordée sous la condition qu'il soit reconduit à la frontière où ses frères viendront le chercher.

Ces réactions peuvent se produire pour des faits ne concernant pas directement leur maladie. C'est ainsi que le malade S..., protestait seulement contre la non-restitution de son permis de conduire.

OBSERVATION VII

Due à l'obligeance de M. le docteur Heuyer

Sal., Alexandre, 37 ans, commis-voyageur.

Est interné le 27-3-35, avec le certificat suivant : « P. G. ; affaiblissement psychique, amnésie, désorientation, conscience imparfaite de l'état morbide, excitation psychomotrice, agitation violente, mobilité de l'attention, fuite d'idées, loquacité incoercible, idées délirantes de grandeur, de force et de richesse. Distribution de capes d'hermine, de brillants de 25 carats. Colères, cris, protestations. Irritabilité, que sa force physique rend dangereux pour l'entourage. Dysarthrie, tremblement, instabilité des extrémités, réflexes vifs, signe d'Argyll. » (Dr HEUYER).

Le malade est impaludé au mois de mai 1936. Il persiste un déficit intellectuel profond. Le 5 juin 1935, après un traitement chimiothérapique, l'amélioration est manifeste et le malade peut sortir. Le 8 décembre 1935, il réclame son permis de conduire qui lui avait été enlevé pendant son internement. Le diagnostic de P. G., constate le Dr HEUYER à l'Infirmierie Spéciale, est évident. L'affaiblisse-

ment intellectuel est profond. L'examen (tests BINET-SIMON et Terman) fournit un âge mental inférieur à un enfant de 10 ans. Il existe des troubles de la mémoire, l'orientation est incertaine, la logique est pauvre, le malade est incapable de faire le plus simple des problèmes. En outre, il existe une émotivité et une sensiblerie qui témoignent de l'affaiblissement intellectuel. Les signes neurologiques persistent. Le malade, au triple point de vue psychique, moteur et sensoriel est incapable d'être sans danger pour lui et pour autrui.

Il est revu le 4 août 1936 ayant subi dans l'intervalle un traitement. La P. L. donne à cette époque : Alb. : 0,30. Lympho. : 3 ; B.-W. négatif. Benjoin : 00000.22222.00000.

Il réclame avec insistance la restitution de son permis, s'adresse à des personnalités politiques. Son père, qui comprend mal la situation, soutient ses dispositions revendicatrices.

Le 27 février 1937, il fait une nouvelle demande. Réexaminé, on constate une amélioration très nette et persistante. La mémoire et le jugement sont bien meilleurs. Il existe une légère dysarthrie.

OBSERVATION VIII

Service de la Clinique des Maladies Mentales

O..., Emile, 52 ans, employé d'assurances.

Syphilis en 1920. Régulièrement traité.

Entré le 12 avril 1932 au service de la Clinique, venant de l'Hôpital Henri Rousselle.

On constate un affaiblissement intellectuel avec inconscience de la gravité de son état et un syndrome d'excitation psychique avec euphorie, sentiment de force physique lui permettant de travailler sans fatigue pendant 20 heures consécutives. Il manifeste également des idées de richesse, possède de belles propriétés, se propose d'organiser une maison importante d'éditions, etc.

Les troubles ont débuté en septembre 1931. Modification du caractère. Irritabilité. S'absentait de chez lui pendant des journées entières.

Examen physique : Tremblement. Dysarthrie aux mots d'épreuve. Inégalité pupillaire (D. > G.). Signe d'Argyll.

Réflexes tendineux exagérés.

La P. L. donne : Alb. : 0,40. Lympho. : 108. B. W. positif.

Benjoin : 22222.22221.10000.

Impaludé le 22 avril 1932, il reçoit ensuite une série de sulfarsénol et une série de bismuth. Il quitte le service le 26 juillet 1932, très amélioré, critiquant parfaitement son état. Toutes les crises délirantes ont disparu. Aucun tremblement de l'écriture. Dysarthrie très diminuée.

Les réactions humérales sont en partie modifiées (2.7.32) : Alb. : 0,40. Lympho. : 6,2. B.-W. positif. Benjoin : 12220.22210.00000.

Le malade continue à être traité régulièrement (sulfarsénol, bismuth) et reprend son travail d'agent d'assurances. En juillet 1933, il se présente très correctement à la consultation. Aucun affaiblissement psychique. Répond sans faute aux différents tests (attention, mémoire, jugement). Paraît seulement préoccupé de la santé de sa fille (psychose puerpérale), internée récemment. Il ne manifeste à cette époque aucune réaction quérulante. Cependant quelques mois plus tard, la sortie de sa fille n'ayant pas été accordée, il devient menaçant, écrit lettre sur lettre au médecin traitant, au commissariat. Le 12 juillet 1934, il écrit au Préfet de Police : « Si le médecin exagère, je vous assure que ça ne pourra pas finir bien pour lui. » L'annonce du transfert de sa fille dans un asile de province augmente sa colère et le 20 juillet, il écrit au médecin : « Si le 20, elle part pour M... tu auras à faire à moi. Tu commences par m'em... et je t'assure que tu recevras le châtiment que tu mérites. Si vous êtes tous des fous, moi je ne le suis pas, et, pour ma fille, je te tuerai comme un chien. »

Dans une dernière lettre au Directeur de l'asile nous lisons : « Je n'ai pas assez d'argent pour aller à M... mais j'en ai assez pour payer le tramway jusqu'à X... ».

Le malade est interné le 20 juillet avec le certificat suivant : « P. G. impaludé en 1932. Légère excitation. Dispositions revendicatrices et lettre de menaces au médecin dans le service duquel sa fille est en traitement. »

Voici maintenant l'observation d'un malade dont la rocambolesque histoire permet difficilement de faire la part entre le déséquilibre et l'affaiblissement mais qui manifeste

actuellement des idées de préjudice contre ceux qu'il accuse de lui avoir volé certaines de ses inventions.

OBSERVATION IX

Service de la Clinique des Maladies Mentales

R..., Adrien, 45 ans. Ingénieur.

En 1904, à la mort de son père, lieutenant-colonel, R. se trouve à la tête d'une assez belle situation de fortune. Après avoir fait ses études dans un lycée parisien, il s'engage au N^e régiment d'infanterie. Il obtient le grade de sergent, puis est cassé en 1912. Réformé en 1915, il prend un commerce de tissus, puis se rend à C... pour lancer un « hydro-glisseur » de son invention. En 1916 on le retrouve à Paris dirigeant un bar interlope. En 1919 on découvre chez lui une fumerie d'opium. Il est arrêté puis relâché. Il fréquente les milieux de déséquilibrés où on le surnomme le « grand prêtre », il sort dans la rue vêtu d'un peplum, les pieds nus dans des sandales, le front ceint d'une couronne de fleurs. Il est arrêté et condamné le 4 novembre 1920 pour bris de clôture et violation de domicile. Condamné à nouveau en 1922 pour abus de confiance et en 1930 pour trafic de stupéfiants. Dans l'intervalle, il est candidat dans un arrondissement de Paris aux élections de 1926 et recueille 90 voix. La syphilis est révélée en 1925 par un examen sérologique. En 1934, il est l'objet de multiples plaintes. Il ne paie pas les hôteliers, menace les voisins avec un revolver de gros calibre. Se fait appeler successivement : de M..., de R..., etc. Il installe sur le guidon de sa bicyclette un parapluie, expliquant que c'est pour figurer le « cycliste volant » dans un film place de la Concorde.

En décembre 1934, il est envoyé à l'Infirmerie Spéciale où le certificat suivant est établi : « Déséquilibre psychique, instabilité, mythomanie, hâblerie fantastique, faux titre d'ingénieur, de capitaine, vêtements d'officier, inventions, réalisateur d'un océanoglisser, mélange inextricable de faits exacts et d'exagération, fabulations délirantes concernant ses inventions, son fils né d'une actrice connue. Début probable d'affaiblissement, troubles de l'attention, erreurs de jugement, niveau mental diminué, incapacité de faire un problème simple. Signe d'Argyll, abolition des réflexes

tendineux. L. C. R. Alb. : 0,50, lympho. : 126, B.-W. positif. Benjoin : 22000.00000.00000 (D^r HEUYER). »

Le 7 septembre 1934, il passe dans le service de la Clinique. Le Prof. CLAUDE constate : « Excitation psychique avec élément paranoïaque. Prolixité des écrits. Activité imaginative morbide. Syphilis nerveuse. Tabès. Phase médico-légale de P. G. à évolution lente sur un terrain de déséquilibre. » A l'examen on note une certaine fatigabilité d'attention et à la fin d'un interrogatoire prolongé, le malade commet des erreurs syntaxiques frisant l'incohérence. Il a une conscience imparfaite de sa situation. Il est euphorique, exposant avec complaisance différentes inventions. Son appareil « surmarin » couvrira la distance Brest-New-York en 3 jours. Cependant, il est incapable d'exécuter une division ; il s'en excuse en affirmant qu'avec sa règle à calculer cette opération serait un jeu pour lui. Ce malade est impaludé dans le service sans incident, puis transféré à l'Asile de Ville-Evrard d'où il adresse au Préfet de Police des écrits interminables. Ce sont des pages d'une écriture fine et serrée, commençant par 24 lignes d'exposé de ses titres et de ses inventions. Dans le reste de la missive qui révèle une certaine fuite des idées, il expose ses projets, faisant état de ses relations avec des personnages consulaires. Il se plaint constamment, exposant ses idées de préjudice au sujet de ses inventions, les unes réelles, les autres imaginaires.

Dans les antécédents de ces quatre malades nous retrouvons soit des éléments paranoïaques, soit des troubles du caractère avec prédominance d'irritabilité au début de la psychose. L'exagération de ces tendances ne s'est manifestée au moins dans trois cas que plusieurs mois ou même plusieurs années après la sortie, à une époque où les malades se trouvaient en bonne rémission clinique. L'absence de tout symptôme d'affaiblissement psychique était facilement contrôlable par l'examen clinique et par les écrits des malades dont la parfaite cohérence, la présentation et le graphisme seul les eussent plutôt fait rapporter à l'un de ces malades dont parle ANGLADE dans sa thèse (1) qu'à un paralytique général impaludé.

(1) L. Anglade. — Les revendicateurs. Thèse, Paris 1937.

A l'opposé, des modifications heureuses et durables du caractère ont été signalées par CODET qui cite l'observation d'une femme paranoïaque, autoritaire, ombrageuse et méfiante devenue après traitement malarique plus douce, plus sociable et d'humeur égale.

*
* *

Beaucoup de paralytiques généraux, rendus à la vie sociale, capables d'une activité professionnelle, se réadaptent cependant difficilement au milieu familial. POITZ a insisté sur la fréquence relative du divorce chez ces malades. BOSTROEM est disposé à dissoudre la communauté même chez un paralytique remis, qui présente toujours selon lui un état de plus ou moins grande déchéance. Le divorce peut être demandé par le partenaire sain (1) lorsque le conjoint avait des troubles de l'affectivité ou du jugement ou lorsque celui-là connaissant l'affection (le médecin peut-il la lui laisser ignorer ?) se refuse à reprendre la vie commune en invoquant l'injure grave.

Le divorce est le plus souvent précédé de troubles de la conduite, le paralytique général ayant souvent tendance à quitter son foyer pour aller vivre avec des femmes dont le niveau social est, en règle, inférieur au leur. C'est dire tous les drames familiaux qui peuvent se produire dans certains cas, le départ du chef de famille entraînant, en dehors des conséquences morales, des conséquences matérielles particulièrement pénibles. Nous aurons l'occasion de revenir sur cette question à propos de la capacité civile des paralytiques généraux impaludés. Bornons-nous à reproduire ici ces deux observations :

(1) A ce propos il n'est pas inutile de rappeler avec SANTENOISE et LECULIER (Un jugement de divorce d'un aliéné interné. *Ann. Méd. Psy.*, déc. 1933, p. 666) que le divorce peut être prononcé lorsque l'aliénation mentale est imputable dans certains cas à une faute du malade lui-même (folie alcoolique ou paralysie générale). De nombreux arrêts ont suivi cette jurisprudence.

OBSERVATION X

Service de la Clinique des Maladies Mentales

Cout., Léopold, 51 ans, ingénieur.

Syphilis à 18 ans. Soigné pendant quelques mois. Marié en 1920. Reprise du traitement spécifique en 1924, au début de la grossesse de sa femme qui elle-même reçut un traitement. Enfant bien portant, pas d'incident ni au cours de la grossesse, ni pendant l'accouchement. Un deuxième enfant naît en 1926, également normal. Quelques mois après le malade fait un ictus avec hémiplégie droite et aphasie de courte durée. Un traitement antispécifique est institué et régulièrement suivi de 1926 à 1931. Cependant en 1929, l'entourage constate des modifications de l'humeur et du comportement. Le malade devient susceptible, irritable, fait des scènes à sa femme pour des motifs futiles. En 1930, il commence à faire des erreurs dans ses comptes. Il est impatient avec ses clients, émet des chèques sans provision, prend de l'argent à la Société qu'il dirige. On doit le transporter en janvier 1931 dans une maison de santé. L'affaiblissement intellectuel est évident avec troubles de la mémoire et de l'attention. Dysarthrie aux mots d'épreuve. On porte le diagnostic de P. G. confirmé par une P. L. (19 janvier 1931) : Alb. 0,40 ; lympho. : 12. B.-W. positif. Benjoin : 22222.22221.00000.

Impaludation pratiquée le 24 janvier 1931. Dix accès terminés le 17 février. La rate est un peu augmentée de volume, le foie déborde le rebord costal mais n'est pas douloureux. La pression artérielle varie entre 15-7 et 13-7 au Vaquez. Le malade est calme, se rend parfaitement compte de son état et attend patiemment la fin du traitement. Du 21 février au 23 mars, il reçoit une série de sulfarsénol avant de rentrer chez lui très amélioré. Il reprend son métier et la vie familiale au début de 1932. En 1933 il abandonne sa femme. Le divorce est prononcé à ses torts au début de 1935. Il fait alors la connaissance d'une jeune personne d'un milieu très inférieur au sien. Il l'épouse sans la mettre au courant de sa maladie, sans demander conseil à personne, sans en parler à sa famille qui refuse de recevoir sa femme. Il ne suit pas de traitement. Au début de 1936 son activité professionnelle diminue, il se fatigue rapidement, ne peut plus mener à bien une affaire. Il avoue sa maladie à sa femme

qui le décide à venir en consultation dans le service au mois de février 1936. Une P. L. montre : Alb. : 0,40. Lympho. : 4. B.-W. négatif. Benjoin : 01100.02221.00000.

Du 18 février 1936 au 1^{er} avril, on lui fait une série de sulfarsénol et une série de bismuth. Le malade est revu le 3 juin 1936. P. L. : Alb. : 0,50. Lympho. : 0,5. B.-W. positif. Benjoin : 00000.02210.00000.

On institue un traitement de cyanure de mercure, mais les troubles psychiques augmentent de plus en plus. Le malade devient irritable, extrêmement jaloux, posant à sa femme des questions détaillées sur son emploi du temps, l'empêchant de sortir seule, lui reprochant de mal le soigner, etc..... Elle parvient, malgré sa résistance, à l'amener à l'hôpital le 19 septembre 1936. Cet ancien ingénieur fournit aux épreuves du fonds mental des réponses très médiocres. Erreurs dans les épreuves d'attention et de jugement. Il est satisfait et conclut à la fin de l'examen : « C'est enfantin ». Il a une conscience très imparfaite de sa situation ; il est érotique dans ses propos et demande une chambre particulière pour recevoir sa femme les jours de visite.

L'état général est très précaire, le malade ayant beaucoup maigri. Il fait une paraplégie spasmodique, des phénomènes bulbaires avec anarthrie et meurt le 18 février 1937 d'une broncho-pneumonie.

L'autopsie n'a pu être pratiquée par suite de l'opposition de la famille.

OBSERVATION XI

(Communiquée par M. le Dr Heuyer)

B..., Alexandre, 60 ans. Entrepreneur. Il est examiné au mois d'avril 1928, sur la demande de sa femme. Présente depuis quelques semaines des troubles du caractère avec irritabilité à l'égard de l'entourage, expose des projets ambitieux. On constate de l'affaiblissement psychique, conscience insuffisante de l'état morbide, quelques troubles de la mémoire. Le malade est euphorique mais n'a pas d'idées délirantes manifestes. Examen neurologique : Dysarthrie. Instabilité et tremblement de la langue et des doigts. Vivacité des réflexes tendineux. Signe d'Argyll.

Impaludé le 28 avril 1928, il reçoit par la suite un traitement chimiothérapique (sulfarsénol, bismuth).

Le 16 juin 1928, amélioration très nette. L'orientation est satisfaisante. B. a conscience de l'état morbide, il manifeste le désir de continuer à se soigner ; il n'a pas d'idées délirantes, pas de projets ambitieux morbides. Il discute logiquement de ses intérêts, expose clairement la marche de ses affaires, fait des réponses pertinentes concernant ses revenus. Il rentre chez lui.

En 1930, B... quitte le domicile conjugal pour aller vivre dans un hôtel où il se livre à des excentricités. Le commissaire de police est alerté, mais B..., qui consent à retourner auprès de sa femme, est relâché. Il l'abandonne quelques mois plus tard pour aller vivre avec une servante de restaurant. L'état général de B... est actuellement satisfaisant. Il a toujours une activité professionnelle, qui est toutefois inférieure à celle qu'il avait précédemment : d'entrepreneur il est devenu représentant.

Nous avons choisi deux malades, paralytiques généraux indiscutables, dont la rémission pouvait être considérée comme bonne après l'impaludation. Dans le premier cas le mariage de cet ancien ingénieur avec une femme de 30 ans plus jeune faillit déterminer un nouveau drame. Les idées de jalousie prenaient une acuité telle que le pire aurait pu se produire si des manifestations neurologiques graves n'avaient pas nécessité une nouvelle hospitalisation.

L'avenir de notre second malade n'a pas été aussi sombre puisqu'après 9 ans son état de santé reste satisfaisant, tandis que sa femme a succombé dans l'intervalle. Notons seulement le changement dans la situation sociale de B..., qui n'a pu continuer à diriger une entreprise florissante et a dû se livrer au travail de représentant.

Le divorce a souvent pour corollaire de nouvelles tentatives matrimoniales. Le médecin n'est pas toujours consulté, nous venons de le voir, sur l'opportunité du mariage, les malades préférant laisser ignorer aux futurs conjoints la maladie dont ils ont été atteints. Dans d'autres cas, les an-

técédents connus attirent le partenaire sain au lieu de le rebuter, le mariage n'étant lors qu'une spéculation pouvant dans un temps plus ou moins éloigné lui assurer une vie facile.

Par contre nous avons pu voir certains malades, abandonnés par leur première épouse, manifester le désir de reconstituer un foyer, exposer d'une façon pertinente les motifs de leur décision et solliciter l'avis de leur médecin traitant.

OBSERVATION XII

(Ce malade nous a été signalé par M. le Dr Targowla)

Reb..., Maurice, 41 ans, convoyeur.

Syphilis en 1917, traitée pendant un an.

En 1932 : apparition de troubles du caractère qui motivent son entrée à l'hôpital Henri Rousselle. Il est irritable chez lui, a des colères, brise des objets, cause des scandales répétés dans l'immeuble dont sa femme est concierge, insulte les locataires, exprime des idées de suicide et d'homicide : « avant de me tuer, j'en tuerai un ». L'examen mental révèle quelques lacunes de la mémoire, l'orientation est imparfaite, il fait des erreurs sur les dates importantes. A l'examen neurologique : réflexes vifs, pupilles inégales et paresseuses ; légère dysarthrie. Pas de signe d'alcoolisme.

Impaludé le 31 janvier 1933, il fait 9 accès de fièvre sans incident et quitte l'hôpital le 30 mars, mais pendant son hospitalisation sa femme a quitté son domicile en emportant tout ce qui appartenait au ménage. Depuis sa sortie, le malade vit donc seul. Il a repris son travail qui consiste à convoier des marchandises dont il est responsable. Il n'a jamais commis d'erreur ; il est considéré comme un bon employé. L'examen du fonds mental montre un affaiblissement discret (incapacité de résoudre le problème des œufs ; critique imparfaite des phrases absurdes) ; mais peut-on considérer ces erreurs de jugement et de raisonnement comme la conséquence d'un affaiblissement chez un malade dont le niveau mental ne lui a pas permis d'obtenir le certificat d'études ?

Le malade a suivi un traitement de séries alternées de bismuth et de stovarsol. En 1934, une P. L. donnait : Alb. : 0,28. Lympho. :

0,4. B.-W. négatif. Benjoin : 11100.02221.00000. En 1936 les résultats (31 mars) étaient négatifs : Alb. : 0,30, lympho. : 0,2. B.-W. négatif. Benjoin : 00000.00000.00000.

Il est actuellement divorcé, sa femme avait demandé la séparation pendant l'hospitalisation en invoquant les troubles de caractère de son mari et les témoignages concordants des voisins. Le malade s'était défendu en reprochant à sa femme d'avoir abandonné le domicile conjugal. Il nous a apporté une copie du jugement. Fait à noter : le séjour de R... à l'hôpital Henri Rousselle, connu du tribunal et mentionné dans les attendus, n'a pas été autrement pris en considération. Il a été condamné à verser une pension à sa fille âgée de 15 ans, confiée par le tribunal à la mère.

Ce malade songe actuellement à se remarier, il est venu demander conseil au Docteur TARGOWLA.

Cette question comporte une grosse responsabilité. Une très grande prudence doit à coup sûr être la règle non pas à cause de la contamination mais à cause de l'insécurité de l'avenir. Mais peut-on, chez un malade n'ayant depuis 4 ans présenté aucune manifestation morbide, ayant repris son ancien métier et l'exécutant correctement, dont la ponction lombaire est au surplus négative après un traitement régulièrement suivi, ne pas accorder l'autorisation ? Ne devons-nous pas considérer cette démarche spontanée comme une preuve supplémentaire de l'équilibre mental ? Peut-on répondre affirmativement quand on se trouvera en présence de pareils malades ? Une existence normale après une évolution de 4 ans et la négativité des réactions dans le liquide céphalo-rachidien seront comme autant d'indications susceptibles de justifier l'autorisation.

*
* *

La récupération totale consécutive à la malariathérapie implique la possibilité pour l'intéressé de reprendre sa profession, ce qui n'est pas toujours possible d'emblée. Au début, la reprise de l'activité professionnelle est souvent pénible ;

puis à la faveur du traitement, la fatigabilité, les légères erreurs d'attention ou de mémoire s'estompent et le malade recouvre, peut-on dire, son intégrité psychique comme en fait foi l'observation suivante, après 10 années d'évolution :

OBSERVATION XIII

(Service de la Clinique des Maladies Mentales)

Ju... 46 ans, représentant de commerce (1).

Entré le 27 juin 1927 au service ouvert de la Clinique. Il est conduit par sa femme qui s'est aperçue depuis quelques temps d'un changement de caractère chez son mari. Dès le premier interrogatoire, on met en évidence un affaiblissement intellectuel marqué. J. se montre désorienté dans le temps et l'espace, sa mémoire est troublée ; il est incapable de fixer suffisamment les acquisitions nouvelles. Conscience partielle de ses troubles, mais ne paraît pas s'en inquiéter. Il affecte au contraire un optimisme déconcertant en rapport avec un certain degré d'excitation psychique.

Examen neurologique : Pupilles inégales et inertes. Tremblement. Réflexes rotuliens vifs. Dysarthrie. P. L. (10 juillet 1927) : Albumine : 0,60. Lympho. : 20. B.-W. positif. Benjoin : 22222.22222. 20000. Impaludé le 13 juillet 1927 : 12 accès. Sort le 13 août 1927, amélioré. La dysarthrie a beaucoup diminué, la mémoire reste troublée.

Il s'engage à suivre un traitement spécifique. Revu le 19 avril 1928 l'amélioration persiste au point de vue clinique ; cependant la P. L. n'est guère modifiée (19 avril 1928) : Alb. : 0,55. Lympho. 5,8. B.-W. fortement positif. Benjoin : 02222.22222.21200.

Le malade est revenu nous voir, sur convocation, le 13 mars

(1). La première partie de cette observation est le résumé de l'observation X du travail publié par MM. CLAUDE, TARGOWLA, CÉNAC et LAMACHE dans les *Ann. Méd. Psychol.* de 1929 (p. 73). Ces auteurs rapportent 11 observations (3 femmes et 8 hommes). Nous avons pu joindre 4 d'entre eux (4 autres avaient été suivis jusqu'en 1932, mais nos convocations récentes nous ont été retournées, ces malades ayant changé de domicile). Chez les 3 autres malades que nous avons pu récemment examiner, la rémission a persisté sans défaillance. Ils ont suivi rigoureusement les indications thérapeutiques qui avaient été conseillées.

1937. Il nous apprend que son traitement a été suivi régulièrement pendant 4 ans, de 1928 à 1932 (sulfarsénol, bismuth, stovarsol). Depuis 5 ans, il n'a pas reçu de traitement, mais deux ponctions lombaires de contrôle ont été pratiquées, la plus récente (10 janvier 1936) confirme celle du 8 juin 1935. Elle donne les résultats suivants : Alb. : 0,32. Lympho. : 0,5. B.-W. négatif. La fiche n'indiquait pas la formule du benjoin.

Le malade a repris ses occupations professionnelles peu de temps après sa sortie. Au début, la reprise a été pénible (erreurs d'attention, fatigabilité). Puis l'activité est redevenue normale. Actuellement cet homme, représentant de commerce pour une importante région a dépassé le chiffre d'affaires de son prédécesseur et a reçu les félicitations de ses chefs. Il n'a jamais fait d'erreur dans son travail et conduit son automobile sans incident.

Les épreuves des tests ont donné des résultats parfaits.

J. est marié, sans enfant, il n'a pas fait d'excès de boisson depuis sa maladie. L'examen neurologique ne révèle ni tremblement ni dysarthrie. Le signe d'Argyll persiste.

Nous pouvons rapprocher de cette observation celle d'un malade traité en 1925 qui, après une dépression post-malarique, a non seulement repris son métier mais s'occupe encore des intérêts d'un parent interdit.

OBSERVATION XIV

(Service de la Clinique des Maladies Mentales)

Vi... Albert, 48 ans, propriétaire-horticulteur.

Syphilis à 17 ans, soignée pendant quelques mois. Apparition progressive de troubles mentaux en 1925. Il perd la mémoire, fait des erreurs dans ses comptes, son écriture est tremblée. Préoccupations hypocondriaques. Il a peur d'avoir un cancer. A d'autres moments, il est euphorique, riche à 20 millions, milliardaire, etc. Il est interné le 19 octobre 1925 avec le certificat suivant : « P. G. Affaiblissement psychique. Amnésie. Désorientation. Euphorie. Idées délirantes absurdes. Il veut être nommé général et faire la guerre. Dysarthrie. Tremblement. Pupilles inégales, mais réagissant

à la lumière. Réflexes tendineux, rotuliens et achilléens, faibles (D^r HEUYER). »

Le malade est impaludé en octobre 1925 après une P. L. qui donne un liquide clair, contenant : Alb. : 0,30. Lympho. : 10. B.-W. positif.

Le malade quitte le service, notablement amélioré, le 25 mars 1926. Il a conscience de ses troubles. Son autocritique est suffisante. Il retourne dans le Vaucluse, où il commence à suivre un traitement sulfarsénol-quinby. Au début : nécessité d'une surveillance constante. Se sentait diminué à ses propres yeux, avait des tendances dépressives marquées, exprimant des idées de suicide. Peu à peu l'amélioration se précise, de 1928 à 1933, le malade reçoit chaque année une série de 18 injections de sulfarsénol et de 12 injections de quinby. En 1930, une P. L. a donné les résultats suivants : Alb. : 0,45. Lympho. : 0,4. B.-W. négatif. Benjoin : 00000 02200.00000. Son jugement est en parfait équilibre. Il travaille très bien. S'occupe d'une exploitation horticole. Il conduit son auto sans incident. Sa femme le considère comme un « admirable époux et un exemple de haute moralité ». Il gère lui-même les biens et les valeurs d'un parent incapable. Son médecin dans une lettre très détaillée confirme le bon état psychique du malade.

Les bonnes améliorations peuvent quelquefois ne se manifester qu'après plusieurs années. Nous avons relevé à ce propos l'observation d'un malade interné déjà à l'âge de 15 ans pour déséquilibre mental, qui fut réinterné en 1928 avec le diagnostic de paralysie générale. Traité à plusieurs reprises par des méthodes exclusivement chimiothérapiques, de 1928 à 1931, l'amélioration ne s'est maintenue qu'à partir de l'impaludation (novembre 1931).

OBSERVATION XV

*(Recueillie dans le Service du D^r Genil-Perrin)
(Hôpital Henri Rousselle)*

Le B..., Louis, 48 ans.

A été interné à l'âge de 15 ans avec le certificat suivant : « Débilité mentale. Alternatives de dépression et d'excitation. Irritabi-

lité morbide se traduisant quelquefois par des menaces et des actes violents. A tiré un coup de carabine sur son entourage au cours d'une période d'excitation (D^r MAGNAN) ».

Transféré à l'asile de Vaucluse, il sort de l'asile le 19 mai 1908, notablement amélioré.

En 1917, il contracte la syphilis. Le 12 mars 1928, il est amené à l'hôpital Henri Rousselle où l'on constate, en plus de son déséquilibre, un certain degré d'affaiblissement intellectuel. Il est dysmnésique, désorienté, exposant des projets d'avenir inconsistants à teinte aventureuse, érotique ou fantastique. P. L. Alb. : 1 gr. 20. Lympho. : 31.

B. W. positif. Benjoin : 22222.22222.21000.

A l'admission, le certificat immédiat porte : P. G., troubles pupillaires, dysarthrie, mégalomanie (D^r MARIE).

Il est transféré à Bicêtre dans le service du D^r RICHÉ. Après avoir suivi un traitement arsenical, quitte l'asile le 17 septembre 1928. En 1929, nouvel état d'agitation psycho-motrice avec manifestations coléreuses quotidiennes. Il entre à l'Hôpital Henri Rousselle au mois d'août 1929. Il se montre violent, menaçant vis-à-vis du personnel, essayant de frapper un infirmier avec un couteau, d'étrangler un jeune malade du service pour un motif futile. A l'examen neurologique on note : mydriase, tremblement, dysarthrie. L. C. R. et Alb. : 0,30, Lympho. : 0,8. B.-W. positif, benjoin : 11100. 02220.00000.

Il est transféré à Vaucluse, puis à Bicêtre, d'où il sort après avoir été traité, le 14 mars 1930. « P. G. tranquille. Remettre en liberté (D^r RICHÉ) ».

Le 8 septembre 1930, il fait dans la rue un ictus épileptiforme qui motive son retour à l'Hôpital Henri Rousselle. Le D^r DUPOUR rédige le certificat : « P. G. évoluant sur un fond de déséquilibre constitutionnel. Démence sans délire, mais affaiblissement global et irréductible malgré les traitements entrepris. Troubles marqués du caractère, le rendant insociable. Irritabilité. Impulsivité. P. L. : alb. : 0,40, lympho. : 1,6. B.-W. positif. Benjoin : 22200.02200. 00000 ». Après un séjour de 6 mois à l'asile, il sort très amélioré le 6 août 1931.

Nouvelle rechute le 30 septembre 1931. Le 1.10.31 : P. L. : alb. : 0,60. Lympho. : 41. B.-W. positif. Benjoin : 22221.22220.00000.

Ce malade est impaludé à l'hôpital Henri Rousselle le 6 novembre et sort très amélioré.

En 1932, il gagne sa vie très correctement. Il obtient une place de jardinier à la Ville de Paris et n'a jamais cessé son travail depuis 5 ans.

Depuis 1931, il suit régulièrement un traitement chimiothérapique. Il n'a plus de troubles du caractère. Pas de nouveaux ictus. La dernière P. L. (22.6.1935) montre : Alb. 0,25. Lympho. : 1. B. W. négatif. Benjoin : 00000.12200.00000. Le malade revu le 13 février 1937, est dans un état physique satisfaisant. Il continue à suivre un traitement (2 séries de sulfarsénol, par an). Il s'exprime d'une façon correcte et pertinente. Auto-critique parfaite.

La récupération professionnelle est parfois retardée par certains préjugés, les employeurs hésitant à reprendre les malades. Ayant assisté aux premières manifestations morbides, ils opposent une certaine résistance aux essais de reprise de l'activité qui cependant peut être complète comme dans le cas que nous résumons.

OBSERVATION XVI

(Service de la Clinique des Maladies Mentales)

Br..., livreur-vendeur, 41 ans.

Antécédents personnels : Syphilis niée. Aucun traitement antérieur. Commotionné en 1914. Serait resté 8 jours dans le coma. Trépané pour une fracture du crâne (?). Le début des troubles remonte au mois de mai 1932. Excitation psychomotrice. Idées de grandeur. Il est un grand brasseur d'affaires, va gagner 12 millions, fournit 3.000 clients. Est sur le point d'acheter une propriété de 750.000 francs en Bourgogne et des autos de grandes marques. A son entrée dans le service, on constate en plus de ce syndrome d'excitation et d'euphorie un affaiblissement intellectuel : erreurs sur les dates importantes, gros troubles de l'attention. Exécution défectueuse dans les épreuves du fonds mental : réponses vagues, imprécises, dont il est d'ailleurs très satisfait.

Examen neurologique : Mydriase à droite, myosis à gauche. Rigidité absolue à la lumière. Réflexes tendineux vifs. Dysarthrie.

Le diagnostic de paralysie générale est confirmé par une P. L. qui donne : albumine : 0 gr. 55. Lympho. : 33,8. B.-W. positif. Benjoin : 22222.22221.00000. Le malade est impaludé le 23 mai 1932. Quelques incidents au cours du traitement : accès atypiques avec fièvre subcontinue. La rate est percutable. Le foie est augmenté de volume. Subictère des conjonctives. Après administration de quinine, l'état général s'améliore.

En quelques semaines, les idées délirantes disparaissent. L'auto-critique réapparaît. Les troubles intellectuels s'estompent. Le malade quitte le service au mois de septembre 1932. La P. L. donne des résultats plus satisfaisants qu'à l'entrée. Alb. : 0,35. lympho. : 0,8. B.-W. faiblement positif. Benjoin : 01200.02222.00000.

Après deux mois de convalescence passés à la campagne, le malade revient à la consultation. Sa femme le trouve parfaitement guéri. En fait, l'amélioration est considérable, il n'y a plus d'idées délirantes. L'orientation, la mémoire sont très satisfaisantes. Toutefois le patron qui l'employait depuis 11 ans avec satisfaction, l'ayant vu au début de sa maladie, n'a pas osé le reprendre. Le malade, dont le permis de conduire n'avait pas été enlevé, reprend du travail au début de 1933 dans une affaire analogue. Il conduit un camion, livre dans Paris des caisses de bouteilles de bière et d'eaux minérales. Il doit faire preuve d'initiative et découvrir de nouveaux clients, son salaire dépendant en grande partie de son chiffre d'affaires. Depuis plus de 4 ans, il n'a jamais interrompu son travail qu'il commence dès 6 heures du matin pour ne terminer qu'à 22 h. Il n'a jamais fait d'erreur dans ses comptes. Aucun accident, ni même d'incident.

Aucun trouble du caractère. Pas d'excès de boisson. L'état mental est très satisfaisant. Critique parfaite de sa maladie. Aucun affaiblissement décelable. Attention soutenue, même après une heure de conversation. Au point de vue physique : pas de changement des signes pupillaires depuis 1932. Aucune dysarthrie. Réflexes tendineux normaux. T. A. : 15-10.

Pendant 4 ans ce malade a été soigné en ville. Il a reçu chaque année plusieurs séries de stovarsol. Pas de P. L. depuis sa sortie. Nous n'avons pu pratiquer une nouvelle ponction lombaire, le malade débonnaire aurait consenti à s'y prêter, mais sa femme paranoïaque s'y est montrée absolument opposée.

L'avenir médico-social des malades traités demeure quelquefois incertain. Un résultat clinique favorable ne résiste pas toujours à l'épreuve de la vie professionnelle et bon nombre de malades restent marqués à un double point de vue, comme paralytiques et comme malariques.

C'est dire la prudence avec laquelle on devra autoriser la reprise de l'activité professionnelle quand il s'agit de sujets exerçant une profession libérale ou occupant un emploi demandant certaines responsabilités. MAUZ fait remarquer à propos de 17 observations que plus l'activité sociale est nivelisée, moins il y avait d'incidents au cours de la reprise du travail.

Certains malades ayant conservé leurs automatismes professionnels peuvent assurer correctement un travail ne demandant ni initiative ni effort intellectuel.

OBSERVATION XVII

(Service de la Clinique des Maladies Mentales)

Lor..., Félix, 59 ans.

Syphilis en 1910, traitée. Début en 1930 par des troubles de la mémoire, dépenses abusives, apéritifs offerts à des camarades, cadeaux. Evolution progressive jusqu'au 1^{er} avril 1934, date de l'internement. L'affaiblissement psychique est marqué, absence totale d'autocritique, mélange d'indifférence et d'euphorie : il a une force physique et un cerveau admirables. Examen neurologique : pupilles inégales : G. > D. Signe d'Argyll-Robertson. Abolition des réflexes rotuliens et achilléens. Pas de dysarthrie. P. L. Alb. : 0,65. Lympho. : 4. B.-W. positif. Benjoin : 12222.12222. 10000.

Impaludé le 18 avril 1934, il fait 7 accès.

A la fin de juillet 1934, le malade reprend conscience de sa situation ; il se rend compte qu'il a dit beaucoup de bêtises. Il quitte l'hôpital en août 1934.

Fortineau Jean.

Au début de 1935, après une convalescence de 6 mois, pendant lesquels il a subi un traitement arsenical, le malade commence à pouvoir reprendre une certaine activité. Il retourne à son travail. On lui fait une P. L. en décembre 1935 : Alb. : 0,50. Lympho. : 1. B.-W. positif. Benjoin : 00211.02222.10000.

Le malade revient le 15 mars 1937 à la consultation, accompagné de sa femme. Il suit toujours régulièrement son traitement. Il continue son travail, gagne 300 francs par mois. Il est préposé à la réception des marchandises. Il n'a jamais fait d'erreur dans cette besogne de contrôle. Chez lui, son emploi du temps est toujours le même : il consiste à lire et à relire des journaux, les œuvres de Musset et les « Misérables ». Lorsqu'on lui demande quelque chose en dehors de son rythme habituel de vie, il a, nous dit sa femme, tendance à s'affoler.

Nouvelle P. L., le 14 mars 1937. Alb. : 0,35. Lympho. : 0,5. B. W. : positif. Benjoin : 00000.12210.00000.

Les manifestations déficitaires sont au contraire beaucoup plus appréciables quand le sujet, exerce une profession délicate. M. le Professeur CLAUDE a bien voulu nous communiquer l'observation suivante particulièrement démonstrative.

OBSERVATION XVIII

(Due à l'obligeance de M. le Prof. Claude)

Bid..., Jacques. (Résumé) : 34 ans.

En novembre 1928, on constate des symptômes nets de P. G. : difficulté de la parole, dysmnésie, euphorie, idées de grandeur : se croyait un avocat célèbre.

Une ponction lombaire faite à Lyon en décembre 1928 montre : B.-W. très positif dans le sang. L. C. R. : pression : 18. 4,5 lymphocytes. Albumine : 0,55. B.-W. négatif. Traité par stovarsol (20 piqûres), à partir du 6 décembre 1928.

Devant l'aggravation des troubles mentaux le malade vient à Paris en octobre 1929. Il présente du tremblement de la langue

très accusé, une écriture très tremblée. Réflexes rotuliens normaux. Pas d'inégalité pupillaire.

Il est impaludé en octobre 1929. Le foie, la rate et l'appareil cardio-vasculaire étaient normaux. Au 7^e accès, on décide la suspension du paludisme, en raison de l'intensité des accès et de l'abaissement de la pression artérielle. Malgré l'administration de quinine, il y a une recrudescence de la température. En l'absence de toute autre cause d'hyperthermie, on fait des injections de quinine et on commence des injections de novarséno-benzol à la dose de 15 centigrammes. Foie et rate de dimensions normales. (Un abcès de la fesse explique la persistance de la température pendant quelques temps à la suite). Le 22 décembre tout est rentré dans l'ordre. Etat mental stationnaire.

En janvier, bon état général. Au point de vue mental : tendance à l'euphorie, cependant moins marquée qu'avant le traitement. L'autocritique est meilleure, le jugement en général est bon. La mémoire est bonne, le sujet calcule bien, fait des mots croisés avec succès, résume correctement des articles de revues. Examen neurologique : Inégalité pupillaire, pas de signe d'Argyll, disparition de la dysarthrie.

Le malade quitte la maison de santé le 29 janvier 1930. Ponction lombaire faite le 27 janvier : 1,4 lymphocytes par mmc. ; albumine : 0,20. Pandy : négatif. Glucose : 0,71. Weichbrodt : négatif. B.-W. négatif. Benjoin colloïdal négatif.

Le malade rentré dans sa famille, est autorisé à reprendre ses études. Il travaille à une thèse ; il semble qu'il ait une puissance de travail suffisante ; son activité a été normale. Il n'a plus ni euphorie, ni idées délirantes.

A l'examen, on constate une inégalité pupillaire au profit de la droite : réflexes pupillaires normaux, réflexes rotuliens normaux.

Examen psychologique : discute les éléments de sa thèse convenablement : l'attention reste cependant un peu déficiente, car dans les épreuves des A barrés il a fait 3 fautes. La langue est toujours un peu trémulante, pas d'achoppement net.

Le 28 mai 1931, ponction lombaire : 0,6 élément par mmc. Albumine : 0,23. Réactions de Pandy et de Weichbrodt négatives. Réaction de B.-W. faiblement positive. Benjoin colloïdal négatif.

En mai 1932, ponction lombaire négative en tout.

On a continué pendant les années suivantes à faire très régulièrement 2 ou 3 séries d'arsenic et de bismuth.

A pu passer sa thèse de doctorat : dans son entourage, on ne cache pas qu'il a dû être aidé. Enfin, il a pu soutenir suffisamment cette thèse et a été reçu sans difficulté.

En juin 1933, il est employé dans une étude d'avoué, travaille en apparence assez correctement. (Une ponction lombaire en mai 1933 avait été négative).

En 1934, il continue son traitement ; rien de particulier à noter ; aurait une activité professionnelle suffisante.

En mai 1935, nouvel examen : réflexes tendineux normaux. Langue toujours légèrement trémulante. Pupilles égales mais légèrement paresseuses ; pas de dysarthrie, pas de céphalée. La mémoire est bonne et les tests sont d'une façon générale assez bons, quelques erreurs par ci, par là.

En 1935, avait manifesté des vellétés de mariage et le désir d'acheter une étude après un certain stage chez un avoué, ami de la famille ; ce dernier n'a pas caché que B. lui rendait peu de service, ne paraissait pas avoir beaucoup de suite dans les idées et se fatiguait vite au travail. De plus, on a noté quelques incorrections de conduite. Les vellétés de mariage créent beaucoup d'embarras à la famille. Celle-ci est prise entre le désir de donner satisfaction à un malade qu'elle juge très bon et très affectueux qu'elle ne voudrait pas avoir l'air d'abandonner et les risques d'un mariage.

L'état physique est toujours bon.

En 1936, on arrive à faire comprendre au malade qu'il faut abandonner toute idée de mariage et d'installation professionnelle. Malgré tout, il continue à habiter seul, car son père est mort et il s'occupe de sa maison. Les troubles de la conduite inquiètent de nouveau la famille : tendance à aller au café continuellement et à consommer d'une façon excessive. Etat général moins bon, amaigrissement de 12 kilogrammes.

Il fait en janvier 1937 des dépenses excessives ; sa prodigalité frappe l'entourage. On constate un affaiblissement intellectuel plus accusé. Il revient plusieurs fois dans la conversation sur les mêmes histoires, ne se souvient pas de certains faits récents et cherche des excuses à toutes ses négligences. L'activité profession-

nelle a dû être supprimée. Les tests d'attention, de jugement, sont médiocres. Les apparences extérieures sont néanmoins bien conservées.

Au point de vue physique, persistance de la légère inégalité pupillaire ; réflexes lumineux conservés ; tremblement de la langue et des mains.

Il est à remarquer que le malade a été constamment suivi au point de vue médical et a fait presque tous les ans un traitement chimique. Comme on peut le voir, les réactions du liquide céphalo-rachidien ont été longtemps négatives, malgré quelques écarts de régime qui ont donné lieu à de petits accidents, l'état physique est resté bon. Néanmoins, la récupération professionnelle est, peut-on dire, très médiocre.

La question de reprise du travail prend une acuité toute particulière quand la sécurité publique risque d'être mise en cause par la faute d'un malade. Cette éventualité a retenu depuis longtemps l'attention de tous ceux qui, à des titres divers, se sont intéressés à ce problème. De larges débats ont eu lieu à ce sujet d'abord à l'Académie de Médecine, sur l'initiative du Dr Ch. FIESSINGER (31 octobre 1922, 9 janvier 1923), puis à la Société Médico-Psychologique, à propos de plusieurs communications du Dr PACTET (30 juin 1924-25 mai 1925).

Sans vouloir refaire l'historique des mesures administratives intéressant cette question, rappelons que, par décret ministériel du 31 décembre 1922, les Préfets peuvent retirer aux chauffeurs leurs permis de conduire « au cas d'incapacité permanente dûment constatée ». Le 1^{er} août 1930 un décret du Ministre des Travaux Publics exige un examen médical pour les chauffeurs des Transports en commun ; il a été étendu aux conducteurs de poids lourds le 3 janvier 1933.

Grâce à un contrôle médical rigoureux (1) un certain

(1) Dans les Transports en commun de la région de Paris un examen médical est prévu, tous les 2 ans, pendant les 10 premières années, puis tous les 3 ans jus-

nombre de paralytiques généraux ont pu être éliminés. Il paraît bien chimérique d'instituer une visite médicale obligatoire pour tous les candidats à un quelconque permis de conduire ; outre le caractère inquisitorial de cette mesure, son efficacité ne serait que temporaire et par là même insuffisante. Mais ne devrait-on pas, comme le suggère PIÉDELIEVRE, examiner tout chauffeur qui a causé un accident, avant de l'autoriser à reprendre le volant ? A Paris tout malade interné, titulaire d'un permis de conduire est en principe examiné sur la demande du Préfet de Police qui statue, après avis médical. La restitution du permis ne peut être accordée au malade ayant quitté l'asile qu'après un nouvel examen médical.

Nous rapportons à titre d'exemples 3 observations de malades traités dans le service de la Clinique.

OBSERVATION XIX

Service de la Clinique des Maladies Mentales

Char..., Antoine, 45 ans, contremaître.

Syphilis en 1908. Début des troubles en 1930. Colères. Crises de fureur. Menaces de mort et idées de suicide. Continue néanmoins son travail jusqu'au début d'avril 1931. A ce moment, phase d'excitation psychique avec projets grandioses. Il va trouver les entrepreneurs, engage des dépenses pour acheter des terrains destinés à des cités ouvrières. Commet des actes absurdes, achète par exemple un lot de pendules pour son usine, des malles en vue d'un voyage en Espagne où il doit rencontrer Alphonse XIII. Il écrit à des généraux et à des personnages politiques pour organiser une fête d'aviation avec participation des troupes de tout l'univers. Il est interné le 22 avril 1930 ; présentation euphorique avec affaiblissement psychique portant surtout sur l'attention.

qu'à l'âge de 50 ans. Il faut ajouter à ce contrôle les examens psychotechniques qui fournissent des renseignements importants sur la sélection des sujets. Les grands réseaux de chemins de fer possèdent une organisations analogue.

Examen neurologique : pupilles en myosis, inégales et déformées, signe d'Argyll. L. C. R. : alb. : 0,70. Lympho. : 22. B.-W. positif. Benjoin : 12222.22222.10000.

Impaludé dans le service de la Clinique le 1^{er} mai 1931 : 8 accès. Sort le 30 juillet 1931. Amélioré au point de vue psychique (disparition des idées délirantes) mais gardant un fonds d'affaiblissement avec inconscience de l'état morbide. Euphorie niaise. Légère dysarthrie à certains mots d'épreuve. Après quelques mois de convalescence en Alsace, le malade a repris son travail. Il a reçu 4 séries de stovarsol (de 12 gr. chacune), de 1932 à 1935. Au mois de novembre 1935, il réclame son permis de conduire à la Préfecture de Police. On constate alors une amélioration très sensible de son état mental. Le Dr HEUYER qui l'examine fait remarquer dans ses conclusions que : beaucoup de chauffeurs n'ont pas une intelligence supérieure à la sienne, mais la question se pose de savoir si un malade dont la P. G. a été avérée est capable de recouvrer son intégrité intellectuelle et si, apte aujourd'hui à conduire une voiture automobile il ne risque pas une récédive plus ou moins prochaine de ses troubles mentaux. Or M. C. présente encore un certain degré de déficit intellectuel portant sur la logique, le raisonnement, la synthèse mentale, facile à mettre en évidence par les tests psychologiques. Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de lui restituer son permis de conduire. Le malade revient au service de la consultation de la Clinique le 14 octobre 1936. Il est jovial, mais sans euphorie manifeste. Sa présentation est correcte, son élocution facile, il n'a pas eu d'incidents particuliers dans son ménage, mais en mai 1935 il a été renvoyé de l'usine de T. S. F. où il était employé à la suite d'une discussion avec un autre contremaître d'origine étrangère. Il a retrouvé, depuis, une autre situation dans une usine d'automobiles et gagne très correctement sa vie. L'examen clinique est en somme satisfaisant, cependant les tests permettent de mettre en évidence des troubles de l'attention (épreuve des E barrés : 6 sur 10. A barrés : 13 sur 20). Quelques troubles du jugement dans l'exécution des phrases absurdes. Le malade d'autre part s'irrite au fur et à mesure de l'examen. L'examen neurologique révèle à l'heure actuelle des signes d'un tabès qui n'existait pas auparavant ; réflexes tendineux abolis ; signe d'Argyll, très léger

signe de Romberg. A la P. L. le 24.10.1936 : Alb. : 0,35, lympho. : 0,8. B.-W. partiellement positif. Benjoin : 00000.22222.00000.

OBSERVATION XX

Service de la Clinique des Maladies Mentales

Pi..., Robert, 35 ans, chauffeur de taxi.

Pas de notion de syphilis. Est interné dans le service le 15 septembre 1932. Il a été conduit à l'hôpital pour violences exercées envers sa femme. Depuis quelques semaines, il présentait des troubles du caractère, il était irritable, coléreux. A l'examen, on constate un affaiblissement intellectuel avec troubles de la mémoire à caractère dysmnésique, troubles du jugement : appréciation imparfaite de sa situation. Le malade est euphorique, il expose ses idées de satisfaction et de richesse, il possède plusieurs taxis et gagnera ce qu'il voudra.

A l'examen neurologique : inégalité pupillaire : $D > G$. Paresse irienne. Dysarthrie. Réflexes tendineux vifs.

L. C. R. Alb. : 0,70. Lympho. : 82. B.-W. positif. Benjoin : 22222.22222.10000.

Le malade est impaludé le 15 septembre 1932. 9 accès bien supportés. A sa sortie le 10 décembre 1932, le malade est très amélioré au point de vue psychique. Les réactions dans le L. C. R. sont encore positives : Alb. : 0,70. Lympho. : 6. B.-W. positif. Benjoin : 01222.22222.00000.

Au mois de mai 1933, le malade conserve un certain degré d'optimisme, avec une conscience relative de sa situation ; sa mémoire est assez bonne, il travaille comme porteur de journaux ; persistance d'une légère dysarthrie ; mâchonnement, léger tremblement. P. L. : Alb. : 0,60, lympho. : 2 ; B.-W. positif. Benjoin : 12222.22220.00000.

Le 27.1.1934, le malade qui a suivi un traitement de séries alternées de bismuth et de stovarsol revient à la consultation. La P. L. est franchement améliorée : Alb. : 0,35 ; lympho. : 1,5. B.-W. : négatif. Benjoin : 00100.02220.00000.

Au début de janvier 1935, l'état somatique reste satisfaisant,

l'examen psychique ne permet de noter aucun affaiblissement. Les tests ne montrent que quelques légères défaillances de détail.

Le malade est examiné le 27.5.35 à l'Infirmerie Spéciale en vue de la restitution de son permis de conduire. Le Dr BROUSSEAU dans son avis déclare : P. G., impaludé et traité depuis. Amélioration très persistante, ni dysarthrie, ni paresthésie importante. Abolition des réflexes pupillaires ne s'accompagnant d'aucun trouble visuel, qui ne saurait à mon sens empêcher cet ancien P. G. bien traité et sensiblement guéri d'entrer en possession de son permis, quitte à être l'objet, en cas d'accident, d'une vigilance particulière.

OBSERVATION XXI

Service de la Clinique des Maladies Mentales

Sa..., Léon, chauffeur de taxi.

Syphilis à 18 ans. Traité régulièrement. Interné le 31 août 1933 avec le certificat suivant : « Paralyse générale, affaiblissement intellectuel déjà profond. Excitation euphorique : il est très riche. Possède 6 à 7 fermes de 350 hectares. A des millions de côté. Son grand-père était Grand-Croix de la Légion d'Honneur. Tous ses frères et sœurs sont, comme lui, millionnaires. Il veut partir toucher son argent.

Examen neurologique : inégalité pupillaire : $D > G$. Réactions pupillaires à la lumière conservées. Dysarthrie. Réflexes achilléens et rotuliens faibles. L. C. R. : alb. : 0,56. Lympho. : 6,2. B.-W. positif. Benjoin : 22221.22222.20000 (Dr DUPOUY) ».

A son entrée le malade est testé dans le service de la Clinique et l'on constate de gros troubles de l'attention et de la mémoire. Certains tests ne sont pas exécutés par manque de compréhension du sujet. Le jugement est médiocre. Enfin, l'écriture est tremblée.

Impaludé le 20 septembre, le malade fait 8 accès bien supportés. Il sort de l'asile le 10 novembre 1933. Repris par sa femme. Son état est alors très amélioré. Il continue à venir à l'hôpital pour suivre un traitement arsenical (stovarsol).

En janvier 1934, le malade est à nouveau examiné. Le déficit intellectuel est à peine marqué, les réponses aux différents tests

sont très satisfaisantes. Il a conscience de son état. Aucune idée mégalomaniacque. L'écriture est maintenant soignée et régulière. Aucune omission à signaler.

Les réactions humérales sont sensiblement améliorées. Alb. : 0,35. Lympho. : 1. B.-W. négatif. Benjoin : 11221.02221.00000.

Examiné par le Dr HEUYER le 26 avril 1934 à l'Infirmierie spéciale en vue de la restitution de son permis de conduire, son état est considéré comme très amélioré, bien orienté, lucide, non délirant. Toutefois, les tests montrent encore les troubles de la mémoire, du jugement et un affaiblissement de la synthèse mentale. Le Dr HEUYER, devant les résultats des examens cliniques et huméraux a estimé prématurée la restitution du permis de conduire.

Il exprime le 1^{er} octobre 1935 un avis analogue dans la note suivante : « Très bons résultats de l'impaludation, bien orienté, lucide, sans affaiblissement marqué au premier abord, il existe pourtant à l'analyse des troubles de la mémoire et des troubles de la synthèse mentale. A l'examen neurologique : inégalité et rigidité pupillaires.

P. L. : Alb. : 0,40. Lymphos. : 1,6. B.-W. négatif. Benjoin : 01100.02222.00000.

Les conclusions différentes pour chacun de ces trois malades montre bien que pour cette question comme pour toutes celles visant la reprise du travail, il est impossible de formuler une règle définitive. Il faut cependant se montrer plus sévère pour ces malades que pour ceux qui ont d'autres professions étant donné le risque qu'ils peuvent faire courir à autrui. Des problèmes à chaque instant nouveaux sont soumis à leur faculté de jugement et exigent une solution immédiate qui serait dangereusement faussée par une autorisation trop hâtive de reprise du travail. Il va sans dire que le permis devra être supprimé définitivement quand le malade aura présenté des crises comitiales. CLAUDE et MASQUIN ont insisté sur ces manifestations dues à la syphilis qui peuvent apparaître chez un malade amélioré depuis plusieurs mois. Ces séquelles comitiales ont pu être rapportées

à un reliquat cicatriciel objectivé par une gliose proliférante siégeant dans les zones motrices (GOUGEROT).

Cependant si la société a le devoir de prévenir ces dangers possibles, elle doit aussi en toute équité accorder une compensation à celui dont elle a lésé les intérêts. Dans certaines administrations le problème sera facilement résolu par l'affectation du malade à un poste ne comportant pas de grosse responsabilité. C'est ainsi qu'un employé de chemins de fer sera distrait par exemple de son poste de mécanicien pour occuper un emploi sédentaire.

OBSERVATION XXII

Service de la Clinique des Maladies Mentales

Jac., Louis, 40 ans, employé de chemins de fer.

Est envoyé le 4 décembre 1935 à l'hôpital. La visite médicale réglementaire pratiquée à la compagnie ayant révélé des signes de méningo-encéphalite diffuse. A son entrée dans le service, on note des troubles mnésiques importants dont le malade a parfaitement conscience, des déficiences du jugement et surtout des troubles de l'attention (épreuve des E et des A barrés, épreuves des labyrinthes).

Examen neurologique : dysarthrie, tremblement ; signe d'Argyll-Robertson, pas de modification des réflexes tendineux, sauf abolition du réflexe achilléen droit.

L. C. R. Alb. : 0,60 ; lympho. : 3. B.-W. positif. Benjoin : 12221. 22222.00000.

Le malade est impaludé le 20 décembre. Il a 8 accès suivis d'un traitement chimique (sulfar.-bismuth). Au mois de mars 1936, on constate une régression des symptômes psychiques. La mémoire est meilleure, les épreuves de jugement donnent de bons résultats. Il persiste un déficit léger dans les épreuves de l'attention. Néanmoins, les lettres adressées à sa femme sont mieux composées. On n'observe plus ces derniers temps les oublis de mots constatés au début de l'hospitalisation. Les signes neurologiques persistent, toutefois la dysarthrie est moins accentuée qu'au début. Le malade a repris ses occupations. Il n'a pas eu d'incident dans son service.

Il continue à suivre un traitement de 4 séries de bismuth et sulfarsénol par an. On ne peut songer actuellement à lui confier un poste de sécurité.

Tout malade présentant une défectuosité psychique d'intensité variable, devra généralement accepter un déclassement social plus ou moins relatif impliquant un abaissement de salaire. C'est ce qu'il faudra lui faire admettre ainsi qu'à sa famille, cette besogne, nous le verrons plus loin, n'est pas toujours facile.

Si au contraire le malade n'appartient à aucune grande administration, son avenir devient beaucoup plus délicat. Il existe bien des centres d'apprentissage mais ils n'admettent pas les candidats ayant dépassé 30 ans. Il nous a paru utile de signaler cette lacune à propos de l'observation suivante :

OBSERVATION XXIII

Service de la Clinique des Maladies Mentales

Duc., René, 34 ans. Chauffeur de taxi.
Syphilis en 1918. Traité seulement en 1928 à l'occasion de céphalées et de troubles de la mémoire. Oubliait les numéros et les noms des rues que lui donnaient des clients. Soigné dans plusieurs dispensaires de 1928 à 1934 par les médications spécifiques habituelles. A noter que les réactions humérales dans le sang et le L. C. R. ont toujours été fortement positives pendant ces 6 années. Plusieurs accidents au cours de son travail. Condamné en 1929 à 25 francs d'amende pour blessures par imprudence.

En 1934 plusieurs ictus épileptiformes dont le dernier survient au mois de mars dans les conditions suivantes : En conduisant son taxi, monte sur le trottoir au cours d'une absence, blesse deux personnes et continue à rouler, ne s'étant aperçu de rien. Arrêté finalement par deux agents et conduit au commissariat, puis à l'Infirmerie Spéciale.

Le malade est interné dans le service le 31 mars 1934. Le certificat immédiat mentionne : « Début de P. G. Absences depuis

quelques mois, quelque faiblesse intellectuelle et réactions pupillaires un peu paresseuses (D^r SIMON) ».

Dans le service on constate un affaiblissement psychique léger, mis en évidence par l'examen du fonds mental : Quelques erreurs dans les épreuves d'attention, de mémoire. Le jugement est à peine troublé. Il a une conscience parfaite de sa situation.

Examen physique : Pupilles irrégulières, légèrement inégales, réagissant paresseusement à la lumière. Léger tremblement de la langue et des doigts. Pas de dysarthrie.

La P. L. donne les résultats suivants : Alb. : 0,60. Lympho. : 9. B.-W. positif. Benjoin : 12220.02222.10000. Le malade est impaludé le 18 avril et fait 9 accès bien supportés. Le 11 juillet 1934, nouvelle P. L. Alb. : 0,35, lympho. : 0,5. B.-W. positif partiellement. Benjoin : 01110.02222.00000.

L'état psychique est nettement amélioré et le malade peut sortir le 22 juillet 1934.

Jusqu'au début de 1936, il continuait à aider sa femme (concierge). Au cours de l'année 1936, sa femme étant morte, il réclame son permis de conduire qui lui est refusé. En mai 1936, la P. L. contenait : alb. : 0,40, lympho. : 1. B.-W. positif. Benjoin : 11210.02221.00000.

Nous avons vu le malade le 15 mars 1937. Sa présentation est tout à fait correcte, il s'exprime aisément, ne présente aucun trouble de l'orientation. Il répond aux tests d'une façon rapide. Il n'ajoute pas de commentaires inutiles. Les tests de jugement sont très supérieurs à ceux exécutés au moment de son hospitalisation. Les différentes épreuves d'attention sont satisfaisantes, toutefois à l'épreuve des A barrés, une ligne entière a été omise. Il n'y a pas de dysarthrie. Aucune manifestation comitiale depuis plus d'un an. T. A. 12-8. Le malade depuis sa sortie n'a pas cessé de suivre un traitement chimique (stovarsol-bismuth-sulfarsénol). Il n'a pas pu trouver de travail. Son permis lui a été, avec raison, refusé à la Préfecture de Police, mais, comme il est handicapé par une tumeur blanche du genou droit, on comprend qu'il lui soit difficile de trouver du travail. Etant âgé de plus de 30 ans, il n'a pas la ressource de pouvoir s'adresser à un centre d'apprentissage. Il est donc inscrit au chômage, tout en gardant la loge reprise en nom par sa mère.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES ET HYGIÈNE MENTALE

La récupération sociale, une meilleure utilisation des possibilités dépendent en grande partie des mesures prises à la sortie des malades après le traitement initial. Nous nous proposons d'étudier dans ce chapitre les motifs des rechutes et la possibilité de les éviter. Il est nécessaire d'envisager un certain nombre de mesures thérapeutiques qui permettront d'assurer à la malariathérapie son maximum d'efficacité. Certains auteurs ont pu citer les cas de malades dont l'amélioration s'était maintenue en l'absence de toute médication antisypilitique. (IZAC en rapporte une observation dans sa thèse) mais on peut dire que beaucoup de malades ont dû être réinternés, qu'un traitement rigoureusement suivi aurait peut-être préservés de tels accidents.

La plupart des auteurs sont actuellement d'accord quant au principe de la cure post-malarique dont l'inocuité et l'efficacité sont également incontestables. PINARD préconise le traitement antisypilitique classique (novarsénobenzolbismuth) qu'il complète par des séries de stovarsol sodique. GOUGEROT, PAULIAN ont insisté sur les avantages d'une malariathérapie complétée.

HORN et KAUDERS emploient la vaccination antityphique et le néo-salvarsan alternés. GERTSMANN, DATTNER utilisent le néo-salvarsan seul.

Le schéma suivant est appliqué aux malades traités dans le service de la Clinique des Maladies Mentales : chaque année, 4 séries alternées d'arsenicaux (sulfarsénol) et de

sels de bismuth pendant les deux premières années, puis deux séries analogues pendant les deux années suivantes. Ce traitement sera susceptible d'être poursuivi suivant les indications fournies par les résultats cliniques et les réactions du L. C. R.

A côté de ces indications strictement thérapeutiques la nécessité d'une mesure d'assistance, démontrée par nos observations, s'impose souvent en pratique.

Des œuvres privées connues sous les noms de sociétés de patronage des aliénés fonctionnent en France depuis longtemps. Après J. P. FALRET, BAILLARGER, BOURNEVILLE, qui en furent les promoteurs, GIRAUD au 4^e Congrès de Médecine Mentale (La Rochelle, 1893) définissait leur but dans son rapport sur « les Sociétés de patronage des aliénés ». Quelques années plus tard (1898) au Congrès international des Patronages tenu à Anvers, J. MOREL précisait ce que devait être le rôle du patronage à l'égard de ces malades.

Certes l'activité de ces œuvres n'est pas négligeable mais leur nombre restreint ne permet pas à beaucoup de malades de bénéficier de l'aide morale ni du soutien matériel que leurs dirigeants s'efforcent de répartir dans la mesure de leurs possibilités.

A côté de ces organisations dues à l'initiative privée, l'hôpital psychiatrique Henri Rousselle et le Service Libre de la Clinique possèdent un service d'assistantes sociales dont l'utilité n'est plus à démontrer. Il n'existe pas actuellement de service social rattaché aux asiles. Etudiant la question d'un point de vue général, VIÉ (Société Médico-Psychologique, 25 mai 1936) apportait dans son rapport les conclusions de la Commission favorables à la création d'assistantes sociales psychiatriques ; selon le vœu exprimé par le Prof. CLAUDE il indiquait qu'il faudrait conférer à ces personnes des pouvoirs étendus, leur permettant de suivre réellement les malades et de pénétrer dans les familles. Une telle organisation dont nous n'avons pas ici à étudier toutes les moda-

lités serait particulièrement efficace pour les paralytiques généraux pendant et après leur séjour à l'asile.

Le rôle des Assistantes sociales sera surtout essentiel auprès de ceux qui, pour avoir bénéficié d'une « assez bonne amélioration » restent cependant diminués par rapport à leur état antérieur et peuvent être considérés, selon l'expression de CLAUDE et MASQUIN, comme « des petits éclopés mentaux ». L'histoire de ces malades justifie la création d'un service qui pourrait éduquer le milieu familial en faisant disparaître les préjugés, qui s'attachent encore aux maladies mentales. Une enquête au lieu même du travail présenterait encore de grands avantages. Selon Kurt SCHNEIDER il est souhaitable de concilier le droit au travail et la protection du public. C'est dire que tout en autorisant le malade à reprendre son métier, il conviendra de surveiller son rendement et de comparer son travail avec celui d'un individu normal placé dans les mêmes conditions. Des défaillances répétées et importantes devraient entraîner un changement de profession. Les centres d'orientation professionnelle pourraient à la suite d'examens psychotechniques favoriser la reprise du travail sur des bases rationnelles. Enfin, des visites semestrielles au cours de la première année, espacées dans la suite, seraient de nature à prévenir les rechutes.

OBSERVATION XXIV

Service de la Clinique des Maladies Mentales

Ra..., Antoine, 40 ans.

Est adressé dans le service le 19 novembre 1925 par un médecin de Clermont-Ferrand avec le diagnostic de paralysie générale. A son arrivée, paraît déprimé, avec une conscience relative de son état, se plaignant de troubles de la mémoire et d'un certain degré de déficit professionnel. Son faciès est atone, les pupilles sont iné-

gales : $G > D$. et réagissent paresseusement à la lumière. Les réflexes patellaires sont vifs. On note une dysarthrie spontanée. L.C. R. : Alb. : 0,45. Lympho. : 8,2. B.-W. positif.

Le malade est impaludé le 5 décembre 1925. Il fait 9 accès. Au début de janvier, malgré la quinine, la fièvre persiste, en même temps apparition de signes d'insuffisance hépatique avec subictère des conjonctives. Cependant l'amélioration psychique se manifeste progressivement. Le malade quitte le service au mois de février 1926 : sa tenue et son comportement sont corrects, le jugement et la mémoire meilleurs qu'à son entrée. Pendant 10 ans, ce malade ne donne pas de ses nouvelles, il ne répond pas aux différentes lettres qui lui ont été adressées, quand, le 17 juin 1936, il se présente à la consultation, accompagné d'une jeune femme pour laquelle il demande un examen de sang. Il élude les questions que nous lui posons au sujet de son passé, de sa vie familiale, de ses occupations professionnelles, il se soumet cependant d'assez bonne grâce à l'examen du fonds mental. Les épreuves sont bonnes au début, mais son attention est rapidement diffusée, il s'irrite dans certaines épreuves (labyrinthe de Proteus). Il répond par approximation aux tests de jugement. Son écriture est légèrement tremblée. Pas de dysarthrie.

Le malade aurait suivi un traitement pendant quelques années après sa sortie.

Interrogée à part, la personne qui l'accompagne nous apprend qu'elle a fait sa connaissance récemment dans un café. Il n'a jamais causé de scandale mais il était un peu excité et érotique dans ses propos. Il n'avait pas parlé de son séjour à Sainte-Anne. Nous avons appris dans la suite, par sa femme légitime, que depuis plusieurs mois, il mène une vie irrégulière, travaillant de façon peu suivie faisant des excès de boisson. Il a toujours refusé de consulter un médecin.

OBSERVATION XXV

Service de la Clinique des Maladies mentales

Jo..., Charles retraité des chemins de fer.

Est interné dans le service de la Clinique le 17 juin 1932 avec le

Fortineau Jean.

certificat suivant : « Méningo-encéphalite diffuse, d'origine spécifique avec syndrome psychique, physique et organique positif. Euphorie niaise, apathie, dysmnésie. Conservation partielle, jusqu'à il y a peu de temps, d'automatisme professionnel compliqué, mais incapacité de calcul élémentaire, erreurs grossières sur des questions de bon sens. Argyll. Inégalité pupillaire et lenteur de la réaction à la lumière. Dysarthrie spontanée massive. Albumine : 0,45. Leuco. : 24. B.-W. positif. Benjoin : 22222.22222.10000. » (D^r SCHIFF).

Le malade a contracté la syphilis en 1915. Il a été traité seulement en 1931 à Saint-Louis. Il a travaillé jusqu'au début de Juin 1932, contrôlant les billets dans une gare de banlieue. Il ne se trouve pas malade. L'examen du fonds mental révèle un affaiblissement des principales fonctions intellectuelles, l'attention étant relativement moins atteinte. L'imagination et le vocabulaire sont particulièrement pauvres. Il n'existe aucune idée délirante. Impaludé le 30 septembre 1932, il sort amélioré le 27 décembre 1932. La P. L. était peu modifiée à la sortie. (Alb. : 0,35. Leuco. : 3. B.-W. positif. Benjoin : 01220.00222.20000. En juin 1933, après un traitement chimique, on constate une amélioration psychique. Le malade a pu reprendre du travail. Résultats humoraux meilleurs : Alb. : 0,30 Leuco. : 4,6. B.-W. positif. Benjoin : 00000.22200. 00000. Au mois d'Octobre 1934, l'amélioration se maintient, le malade travaille toujours, mais il a des troubles de la mémoire, une absence d'auto-critique. La dysarthrie est très accentuée. De 1934 à 1935, il reçoit plusieurs séries de stovarsol et de bismuth. Le 14 novembre 1936, sa sœur qui l'accompagne nous apprend qu'il a fait des excès de boisson. Il devient irritable, il a des cauchemars, il se promène la nuit dans son logement. Ces modifications dans son comportement se sont produites depuis la mort de sa femme, survenue il y a 6 mois. Devant nous, le malade est indifférent. L'affaiblissement intellectuel est profond. Seules les épreuves d'attention sont exécutées, d'ailleurs médiocrement. Les autres épreuves sont très inférieures à ce qu'elles étaient au moment de sa première sortie. Parallèlement les réactions humérales se sont aggravées, les signes neurologiques persistent.

OBSERVATION XXVI

Service du Dr Genil-Perrin

Del., Félix, 59 ans.

Entré pour la première fois à l'hôpital le 12 septembre 1932. Les troubles mentaux avaient commencé en mars 1932 par un épisode dépressif de courte durée. Au mois de juillet : céphalées, fautes professionnelles (chauffeur de taxi à l'époque : 14 accidents sans gravité en quelques semaines). Le malade a conscience de ses troubles mais ne sait à quoi les attribuer.

A l'examen, on constate un très léger affaiblissement intellectuel, le déficit portant seulement sur la mémoire immédiate des chiffres. Niveau mental : 42 ans 2 mois (TERMAN). Quotient d'intelligence : 76. Tremblement digital et lingual. Réflexes tendineux exagérés. Pupilles réagissant à la lumière. T. A. : 14-10. Ni épilepsie, ni éthy-lisme. P. L. (14.9.32) : Alb. : 0,60. Lympho. : 0,4. B.-W. partiellement positif. Benjoin : 22221.22222.20000.

Le malade quitte le service après ces différents examens pour suivre un traitement à la consultation de l'hôpital Beaujon. Pendant 2 ans, il reçoit plusieurs séries de stovarsol tout en travaillant comme garçon de bureau dans un ministère. Aucun incident. Paraissait redevenu tout à fait normal.

Au début de 1935, à la suite d'excès de boisson, réapparaissent des troubles mnésiques d'abord discrets, puis aggravation marquée. S'égare dans le métro. Troubles du comportement. On se plaint de lui dans son travail. Gestes incorrects vis-à-vis des employés du ministère, propos érotiques.

Le malade est ramené à l'hôpital au mois de mai 1935. L'affaiblissement psychique est beaucoup plus marqué qu'à l'examen antérieur. Perte de l'autocritique, inconscience de sa situation (il veut reprendre son ancien métier de chauffeur de taxi).

Incapacité de faire des opérations de calcul. Turbulence dans le service.

Aggravation des signes physiques : Inégalité pupillaire. Paresse irienne.

Tremblement. Dysarthrie. P. L. : alb. : 0,80. Lympho. : 7. B.-W. positif. Benjoin : 12221.12222.10000.

Le malade est interné le 24 mai 1935. Il a quitté l'asile le 22 février 1936 en bonne rémission.

La première de ces observations nous montre d'abord que le fait de ne pas recevoir de nouvelles d'un paralytique général tient à ce qu'un certain nombre de ces malades répugnent à reparler de leurs troubles anciens et évitent de se retrouver dans le milieu où ils ont été une première fois traités. Elle nous montre aussi combien beaucoup de paralytiques sont peu malléables et restent souvent méfiants, sinon hostiles.

L'influence d'un appoint toxique exogène est aussi particulièrement remarquable. Des excès éthyliques peuvent entraîner des modifications du comportement chez un individu jusque-là en rémission (Obs. XXIV). Ils nécessitent parfois un nouvel internement (Obs. XXV et XXVI). Le rôle de l'alcool sera d'autant plus néfaste que l'amélioration sera moins complète et plus récente.

Certains malades reviennent spontanément se faire hospitaliser comme nous le montre l'observation suivante :

OBSERVATION XXVII

Service de la Clinique des Maladies mentales

Gou., Constant, 53 ans, employé de bureau.

Les premiers troubles apparaissent au mois de décembre 1931. Troubles de la mémoire, erreurs dans le travail, modifications de l'humeur se traduisant par une certaine irritabilité. Puis, projets ambitieux et achats inconsidérés qui motivent son entrée dans le service, le 20 janvier 1932. On constate un affaiblissement psychique global, avec troubles de l'attention et du jugement mis en évidence par les tests. A certains moments, le malade est euphorique, exprime des idées de richesse, invite les médecins à un grand

dîner. Examen physique : tremblement. Dysarthrie. Inégalité. Ir-régularité. Paresse pupillaire. P. L. Alb. : 0,50. Lympho. : 18. B.-W. positif. Benjoin : 12200.02222.20000.

Impaludé le 27 janvier 1932, le malade s'améliore un mois et demi après environ. Il critique son état, se rend compte de la gravité de sa maladie. Il peut sortir à la fin de mai 1932. A la fin de juin, il est toujours calme, bien orienté, n'exprimant aucune idée délirante,, il peut reprendre son travail. Il reçoit pendant un an : 4 séries de sulfarsénol et de bismuth. Nouvelle P. L. en juillet 1933. Son état général est satisfaisant. Il n'a plus du tout de dysarthrie. Alb. : 0,30. Lympho. : 1,2. B.-W. négatif. Benjoin : 00000.01000.00000.

Il revient en juin 1936, accompagné de sa femme. Il a continué son travail jusqu'ici très correctement ; on est satisfait de lui, mais lui-même se plaint de travailler difficilement dans le bruit d'un bureau. Préposé à un travail de copies de comptabilité, il lui arrive de faire des erreurs (chiffres inversés, erreurs de ligne). Il s'en rend parfaitement compte et se contrôle constamment lui-même. Il fait de tels efforts qu'il a, nous dit-il, « des crampes dans les mains à la fin de la journée ». Chez lui, il ne peut supporter aucun bruit, ne peut écouter la T. S. F. Il se couche de très bonne heure, sans même lire son journal. Il est déprimé, préoccupé par sa santé, ayant peur de l'avenir. S'inquiète de savoir si son traitement a été bien suivi. P. L. : Alb. : 0,35. Lympho. : 0,5. B.-W. partiellement positif. Benjoin : 1/2, 1/2, 1/2, 00-11221.00000. (On remarquera une légère aggravation des différents résultats humoraux, en dépit du traitement).

Devant cet état, et sur sa demande, un séjour dans le service est décidé. Il sort au bout d'un mois 1/2 dans de meilleures conditions physiques. Il existe une légère dysarthrie par intervalles.

Nous avons revu le malade à diverses reprises, il a repris ses occupations et suit toujours son traitement.

Par contre il est parfois difficile de faire accepter au malade une nouvelle hospitalisation. Le médecin reste pratiquement désarmé, si, rien ne justifiant un placement d'office, la famille n'ose signer elle-même une demande de placement.

OBSERVATION XXVIII

Service de la Clinique des maladies mentales

Do..., Joseph, 47 ans, entraîneur.

Début des troubles en 1933. Devient brusquement coléreux. Désordres de la conduite. Achète des provisions pour 15 jours et recommence le lendemain ses achats. Expressions triviales. Excès de boisson qui le rendent surexcité et menaçant. Placé au service libre de la Clinique le 20 mai 1933, on constate un affaiblissement intellectuel léger, quelques troubles de la mémoire et du jugement, euphorie naïve. Examen neurologique : Dysarthrie, pupilles réagissant paresseusement à la lumière, réflexes tendineux vifs. P. L. Alb. : 0,70. Lympho. : 61. B.-W. positif. Benjoin : 22222.22222.00000. Le malade est impaludé le 21 mai 1933 : 8 accès bien supportés. Il sort le 17 juin 1933 amélioré. Après une série de stovarsol, une P. L., le 14.3.34 révèle : Alb. : 0,35. Leuco. : 3. B.-W. positif. Benjoin : 12222.22221.00000.

Le 20 novembre 1935, le malade est toujours euphorique, subexcité, fait des erreurs de calcul et prétend les faire exprès. Un an après, au mois d'octobre 1936, sa femme nous raconte qu'il est très instable et irritable. Il boit avec excès malgré les recommandations antérieures, il se livre chez lui à quelques travaux de jardinage mais n'a jamais repris depuis sa sortie son métier d'entraîneur. Il est toutefois, parfaitement au courant des questions hippiques. Avec le concours de sa femme, elle-même habituée des champs de course, il gagne sa vie au jeu. Notons que sa femme s'exprime avec une certaine volubilité, sans dysarthrie, en outre elle présente un signe d'Argyll-Robertson ; elle n'a jamais été traitée.

Le malade se présente à nous dans une tenue vestimentaire négligée, il est euphorique, jovial, familier ; l'examen du fonds mental révèle un affaiblissement de plus en plus marqué. Les erreurs d'attention sont multiples. Il est incapable de répéter correctement plus de 4 chiffres. Les épreuves du jugement sont également très médiocres, le malade répondant sans réfléchir aux questions posées. Toutes ces épreuves sont accompagnées de commentaires intarissables. L'écriture est tremblée. Dysarthrie très marquée, tremble-

ment, inégalité et paresse pupillaires. P. L. : Alb. 0,55. Lympho. : 3. B.-W. positif. Benjoin : 22220.02221.00000. Nous insistons pour faire rentrer le malade à l'hôpital en vue d'une nouvelle impaludation ; il s'y refuse obstinément mais accepte de suivre un traitement (sulfarsénol-bismuth). Sa femme n'ose pas faire une demande de placement volontaire car elle a peur de son mari.

CHAPITRE IV

ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE

Les thérapeutiques modernes, permettant au malade de reprendre sa place dans la société ont créé une situation médico-légale nouvelle. La condition de ces malades en rémission n'est pas comparable à celle des malades à la période « médico-légale » de la paralysie générale. En effet, comme l'a fait justement remarquer le Professeur CLAUDE « il ne s'agit plus comme à la période initiale, d'une évolution progressive, mais au contraire d'un processus régressif conditionné par une inflammation qui disparaît ».

Nous envisagerons la situation des paralytiques généraux au point de vue de leur capacité pénale, de leur responsabilité civile, puis de leur capacité civile.

*
* *

L'irresponsabilité pénale était considérée comme la règle chez les paralytiques généraux en rémission, elle ne comportait que de rares exceptions, nous l'avons rappelé au début de notre travail. Les premières statistiques, favorables au traitement, modifièrent l'opinion des psychiatres sur la question et dès 1925, ANTHEAUME, s'appuyant sur les résultats de WAGNER von JAUREGG, de GERSTMANN, de KIRSCHBAUM, demandait « de faire crédit au psychopathe surtout quand il n'apparaît pas impossible que la paralysie générale soignée au début soit curable ». En 1927, dans sa

communication à l'Académie de Médecine, M. CLAUDE, étayant son opinion sur les 143 malades traités dans son service depuis septembre 1924, pouvait écrire que « les décisions médico-légales concernant les paralytiques généraux traités doivent, dans certains cas, revêtir une forme moins sévère que par le passé ». Précisant cette opinion il ajoutait, à la réunion de la Société de Médecine légale, qu'en matière de responsabilité pénale le sujet traité antérieurement pour paralysie générale et complètement guéri, devait être tenu pour responsable dans l'hypothèse où rien dans les circonstances du délit ou du crime ne revêtirait les caractères d'une manifestation pathologique. Selon le mot de LEROY et MÉDAKOVITCH « la révision des anciennes idées rigides sur l'irresponsabilité du paralytique général était commencée » ; elle devait être précisée par la suite. Beaucoup d'auteurs devaient s'élever contre ceux qui *a priori* considèrent tous les paralytiques généraux comme irresponsables.

GROSS et STRAUSSLER estiment qu'on peut déclarer les paralytiques généraux entièrement responsables si l'état psychique est satisfaisant ; ils doivent répondre de leurs actes comme d'autres psychopathes guéris, et ces auteurs d'établir un parallèle entre de tels malades et les alcooliques qui, ayant ruiné leurs familles, ne présentent pas d'affaiblissement psychique et doivent par voie de conséquence être considérés comme responsables.

WIMMER pose en principe que si le malade a repris ses occupations, si la rémission se prolonge, l'expert aura de la peine à ne pas reconnaître que le paralytique général soit de nouveau « sui compos » au point de vue de la responsabilité pénale.

SCHUTZ pense également qu'il n'y a pas lieu de faire jouer l'article 51 (1) quand un paralytique général est capable

(1) L'article 64 du Code pénal : « Il n'y a ni crime, ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister », correspond à l'article 51 du Code allemand.

de reprendre son travail, ses occupations. SALINGER illustre son opinion en rappelant que des magistrats ont autorisé un de leurs pairs, guéri, à reprendre sa profession. La faculté de juger n'implique-t-elle pas celle d'être jugé ? Pour TROMBETTI il faut conclure à la responsabilité pénale si un examen psychiatrique permet de ne mettre en évidence aucun symptôme morbide. Admettant le principe de la responsabilité pénale, MYSLIVECEK impose les réserves suivantes : Il faut que la guérison se traduise vraiment par une intermission parfaite, que le processus initial n'ait pas été très prononcé ni très profond, qu'après la guérison rien de suspect ne soit survenu pendant plusieurs années, que le liquide céphalo-rachidien soit normal.

Il propose enfin d'examiner surtout les délits qui auraient pu correspondre à la responsabilité pré-morbide ou qui auraient pu être commis de manière analogue des années avant l'éclosion de la maladie. Pour CUCCHI la possibilité de guérison entraîne la responsabilité, la loi sera appliquée comme pour les individus normaux. Si l'on se trouve en présence de malades qui tout en ayant bénéficié de la cure n'ont pas récupéré l'intégrité de leurs facultés mentales l'expert devra s'attacher à dépister si ces malades sont sous le coup de l'article 88 ou 89 du Code italien, ainsi conçus : « Art. 88 : N'est pas coupable celui qui, au moment où il a commis une faute, est, par maladie, dans un état d'esprit qui exclut la capacité d'entendement et de vouloir. » — Art. 89 : « Celui qui, au moment où il a commis la faute est par maladie dans un état d'esprit qui diminue sa capacité d'entendement et de vouloir, répond du crime commis, mais sa peine est diminuée. » Cette notion d'atténuation de la peine est justifiée d'après PONITZ par « l'hypothymie » que présentent toujours les P. G. traités. MICHEL et WEBER la préconisent également en cas de rémission très complète. Dans les autres cas, ces auteurs considèrent qu'il faut se prononcer pour l'irresponsabilité, la capacité d'action et la capacité

de discernement présentant souvent une certaine discorde.

Exprimant une opinion beaucoup plus formelle, SCHNEIDER n'accepte que la thèse de l'irresponsabilité. Ces malades ne peuvent avoir la même responsabilité qu'un homme normal ; ce sont des malades organiques, puisqu'on peut déceler chez eux certains troubles persistants, mais, comme le fait justement remarquer ESMERALDO, il faudrait alors considérer tout malade atteint d'hémiplégie organique, ou présentant des signes d'une épilepsie résiduelle, comme étant irresponsable. SCHNEIDER justifie encore son opinion en disant que nos méthodes d'investigation actuelles sur ces points de nuances sont insuffisantes. Joo les considère tous comme irresponsables. BOSTROEM, s'il admet la guérison théorique lorsqu'on a réussi à dépister la paralysie générale dans ses symptômes initiaux, se range pratiquement à l'avis de Kurth SCHNEIDER, car il estime qu'il n'est pas possible de savoir comment se conditionnent les processus psychiques chez de tels malades.

Ainsi les opinions sont variables avec les auteurs, les uns, pénétrés de la notion de démence globale, initiale, irréversible, ne peuvent se prononcer que pour l'irresponsabilité ; les autres, se basant sur l'état psychique et l'activité sociale des paralytiques généraux, considèrent que, dans certains cas, ces sujets peuvent rendre compte de leurs actes devant la justice, leur degré de responsabilité restant à apprécier.

*
* *

D'après les auteurs BUMKE, PILCZ, SACHETTI, les crimes et délits ne sont pas très fréquents chez les paralytiques généraux en rémission après traitement. L'ensemble de l'activité étant diminuée, la criminalité l'est aussi (SCHMELZ). JOSSMANN n'a eu que 8 paralytiques généraux malarisés à examiner au point de vue médico-légal sur un total de

1.668 traités. ALEXANDER et NYSSSEN, sur 164 malades, ont examiné 2 paralytiques inculpés, l'un de menaces de mort, l'autre d'adultère.

KOESTER, sur 129 cas, a eu un de ses malades inculpé d'attentat aux mœurs. Pour un total de 250 cas traités, KALLMAN, cité par Kurth SCHNEIDER n'en a connu que 4 accusés de délits divers. ASSCAFFENBURG en 1931 n'avait pas eu l'occasion de donner son avis sur la question. Par contre, dès 1926, 23 des malades de MICHEL et WEBER, sur un total de 223 malades impaludés dans leur service, avaient été soumis à un examen médico-légal. Ce chiffre peut paraître relativement élevé, mais il convient de noter qu'il ne s'agit pas toujours d'affaires pénales, beaucoup de ces observations concernant la capacité civile des paralytiques généraux qui, après amélioration par l'impaludation réclamaient la main-levée de l'interdiction prononcée au début de leur affection.

Nous avons, pour notre part, groupé 10 malades inculpés à des titres divers. L'un d'entre eux a été expertisé par M. CLAUDE en 1935 ; un autre, impaludé à Paris en 1931, a été arrêté en province et expertisé par le Dr MOLIN DE TEYSSIEU ; nous avons eu l'occasion d'en examiner un 3^e au service libre de la clinique. Les 7 autres observations (4 hommes et 3 femmes) concernent des malades qui, à la suite d'un premier traitement, ont été internés à l'occasion d'un fait médico-légal. Ces observations ont été relevées dans le service de l'Admission de Sainte-Anne pour une période de 4 ans, du 1^{er} janvier 1933 au 1^{er} janvier 1937 (1). Ce chiffre minime nous permet de déduire que bien peu de paralytiques généraux commettent des actes médico-légaux au cours des rémissions. Ajoutons que la délinquance pour les paralytiques généraux au début

(1) Le diagnostic de paralysie générale a été porté pour 1775 malades entrés au service de l'admission au cours de ces 4 années : ce chiffre comprend 1134 hommes et 641 femmes.

n'est pas très considérable pendant cette même période. Nous avons relevé à l'Admission homme 11 cas de malades à la période médico-légale. Si à ce chiffre nous ajoutons les délits commis par les paralytiques généraux en rémission, le total s'élève à 18 cas, chiffre très inférieur à celui donné par les auteurs avant la guerre. MAGNAN et SÉRIEUX relevaient pour une période de 5 années (1885-1890) 76 observations de P. G. transférés de la prison à l'Asile Sainte-Anne. CHARPENTIER dans une statistique médico-légale des infractions ayant déterminé l'internement d'aliénés dans le département de la Seine, arrivait, sur une autre période de 5 années (1904-1909) au total considérable de 124 P. G. et estimait que cette statistique était bien au-dessous de la vérité. Nous ne faisons que signaler cette différence de proportion (près de 5 fois inférieure à certaines de ces statistiques) sans vouloir pour l'instant examiner les hypothèses qui pourraient l'expliquer. CHARPENTIER indiquait par ordre de fréquence les délits de vagabondage (81), les vols (50), les autres délits se répartissant à peu près également en : attentats aux mœurs, filouterie d'aliments, escroqueries, bris de clôture, abus de confiance, homicide volontaire, coups et blessures, outrage et rébellion, enfin dégradation de monuments publics qui ne comportait qu'un cas. Dans la statistique de DUBUISSON et VIGOUROUX (1911) les chefs d'inculpation les plus fréquemment signalés sont les vols et vagabondages (60 cas sur 66), les 6 autres cas se partageant entre : 4 abus de confiance ou escroquerie et 2 meurtres ou tentatives de meurtre. M. ROGUES DE FURSAC sur un total de 75 cas médico-légaux relève surtout des vols (46) et des délits de vagabondage (20).

Les poursuites engagées contre les 11 malades hommes à la phase médico-légale de la paralysie générale dirigés, après expertise sur le service de l'Admission de Sainte-Anne, comprennent :

Vol : 4 cas.

Vagabondage : 2 cas.

Coups et blessures : 2 cas.

Filouterie et outrages : 2 cas.

Abus de confiance : 1 cas.

La nature des délits pour nos 10 malades, au cours de leur rémission, se décompose en :

Vol : 4 cas.

Vagabondage ou infraction à interdiction de séjour : 3 cas.

Abus de confiance : 2 cas.

Faux et usage de faux : 1 cas.

Mais il convient de préciser que 2 des malades poursuivis pour vol avaient été condamnés sans expertise préalable, l'un (obs. Pa...) après avoir accompli intégralement sa peine, a été conduit à l'hôpital Henri Rousselle par son frère ; l'autre, en cours de peine, a été envoyé de la prison à l'Infirmerie Spéciale.

Observations	Traitement initial	Date et nature de l'infraction	Passé judiciaire
De... XXXIX	Août 1930, septembre 1930.	Février 1937. — Vol.	Néant.
Pau... XXXIII	1931.	Décembre 1934. — Abus de confiance.	Néant.
Kob... XXXVI	Décembre 1932, février 1933.	Mai 1935. — Vol.	Plusieurs condamnations.
Br... XXXVII	Juin 1931, septembre 1932.	Mai 1935. — Faux usage de faux.	?
Dus... XXXVIII	Août 1931.	1932. — Abus de confiance.	Néant.
Bor... XXXV	Juin 1930, janvier 1933.	Février 1934. — Vol.	Néant.
Ko... XXXIV	Août, déc. 1931.	Septembre 1932. — Vol.	Plusieurs condamnations.
Né... XXXI	Avril 1930, juin 1931.	Décembre 1931. — Vagabondage.	Déjà condamné.
Gra... XXIX	Juillet 1934, mars 1936.	Juillet 1936. — Vagabondage.	Déjà condamné.
Tro... XXX	Mars 1933, avril 1936	Juillet 1936. — Vagabondage.	Délit analogue.

Le tableau ci-dessus indiquera ces 10 cas d'infractions relevées contre les malades. (On remarquera que pas un de nos malades n'a été inculpé de délit contre les mœurs, comme on en retrouve si fréquemment au début de la P. G.).

Sur 10 malades, 5 avaient été condamnés ou avaient commis une infraction analogue avant la maladie, 1 autre est douteux, 4 n'avaient pas à notre connaissance de passé judiciaire. La plupart des délits ont été commis 1 an ou moins d'un an après le traitement initial (6 cas) ; 3 autres ont eu lieu 3 ans après ; 1, 6 ans 1/2 après.

Le vagabondage est le seul délit relevé contre la chose publique. 3 de nos malades ont été arrêtés pour vagabondage ou infraction à interdiction de séjour, peine accessoire prononcée contre eux à l'occasion d'une condamnation principale antérieure à leur maladie.

Les deux premières observations concernent des femmes sorties en rémission médiocre dont les idées délirantes avaient disparu, mais qui n'avaient pas retrouvé d'activité sociale réelle. Les délits ont été commis très peu de temps après la sortie de l'Asile. Ils n'auraient pas dû se produire si une surveillance suffisante avait été exercée par la famille (cas Tro...). Cette carence familiale n'a pas permis d'accorder à nouveau la sortie à la malade après son deuxième internement.

OBSERVATION XXIX

Service de l'Admission

Gra., Sarah, 56 ans.

Condamnée le 8 novembre 1928 à 50 francs d'amende (chèque sans provision) à 4 mois de prison en mars 1932, pour menaces verbales de mort sous condition. Écrouée à nouveau le 30 juin 1934 pour infraction à interdiction de séjour. Le soir même de sa sortie de Fresnes, elle est arrêtée dans un grand restaurant où elle faisait des excentricités après avoir commandé du champagne, ce qui mo-

tive son envoi à l'Infirmerie Spéciale. Nous lisons dans le certificat :

« P. G., affaiblissement psychique. Amnésie. Désorientation. Euphorie niaise. Idées délirantes imaginatives de grandeur et de richesse. Elle va se marier avec l'Aga Khan, avec le Préfet de Police. Elle a 16 caisses de diamants. Dysarthrie. Instabilité de la langue et des doigts. Vivacité des réflexes tendineux. Inégalité pupillaire. » (D^r LOGRE).

Impaludée dans le service du D^r GUIRAUD, elle est transférée le 17 avril 1935. Le certificat mentionne :

« P. G., en rémission incomplète. Disparition des idées délirantes de grandeur et de richesse. Récupération des fonctions mentales élémentaires. Appréciation assez judicieuse de sa situation. Troubles de l'émotivité et du caractère. » Elle quitte l'établissement de Dun-sur-Auron le 3 mars 1936, en congé d'essai.

4 mois après, le 15 juillet, elle est arrêtée à Paris pour infraction à interdiction de séjour. Elle répond à l'Inspecteur qu'elle croyait avoir bénéficié d'une mesure de grâce.

Le D^r CEILLIER qui l'examine, constate une amélioration incontestable sur l'état initial, mais il existe encore des troubles de la mémoire, du jugement et du caractère. Les signes neurologiques ne sont pas modifiés. Elle est à nouveau internée le 24 juillet 1936.

OBSERVATION XXX

Service de l'Admission

Tro..., Pauline, 46 ans.

Arrêtée le 17 mars 1933 pour vagabondage et ivresse. Transférée de la prison de la Roquette à l'Infirmerie Spéciale où le D^r de CLÉRAMBAULT rédige, le 30 mars, le certificat suivant :

« P. G., expansivité ; satisfaction. »

« Éloges intarissables d'elle-même : elle sait tout faire, de la gymnastique supérieure, de la chimie en chantant. Parole ralentie et hésitante. Myosis avec déformation à gauche. Réactions à la lumière nulles. Teint blême uniforme. »

Elle est transférée, après avoir été traitée à Sainte-Anne, à l'asile

de Lorquin. Le 2 août 1934 : « Rémission incomplète. Mémoire relativement bonne, mais déficit global. Puérilisme. Défaut d'activité. Ancienne sténo-dactylo devenue incapable au point de vue professionnel. Malarisée en 1933. Traitement chimiothérapique consécutif. » écrit le Dr GUIRAUD, dans son certificat.

En février 1934, la ponction lombaire montrait : Alb. : 0,46. Lympho. : 3,6. B.-W. positif. Benjoin : 00000.02200.00000.

La malade quitte l'asile où elle se montrait très calme, le 27 avril 1936, pour aller vivre chez sa mère, en province.

En juillet 1936, elle fait une fugue. On la retrouve au Bourget dans la salle d'attente de la gare, tenant des propos incohérents. Arrêtée pour vagabondage elle est conduite au commissariat puis à l'Infirmerie Spéciale. Elle est internée pour la 2^e fois. Au mois d'août 1936, sa mère sollicite sa sortie, mais l'enquête administrative démontre qu'elle est incapable de s'occuper de la malade, transférée depuis dans un asile de province.

L'observation suivante est celle d'un homme dont le début de la délinquance remonte à 1920 et ne peut être mise sur le compte de la méningo-encéphalite diffuse, les troubles n'étant apparus qu'en avril 1930. Le malade est arrêté 7 mois après sa sortie pour un acte qui n'offre rien de démentiel : se sachant en faute il présente un livret militaire dérobé, mais la fiche anthropométrique permet de découvrir la supercherie.

OBSERVATION XXXI

Service de l'Admission

Ne..., Raoul, 54 ans.

A contracté la syphilis en 1923.

Première entrée au service de l'Admission le 23 avril 1930. « Affaiblissement des facultés mentales. Ne garde qu'un souvenir assez confus des incidents qui ont provoqué son internement. (Scènes d'onirisme terrifiant, se croyant poursuivi par une bande d'ennemis

qui l'accusaient de vol, avait été demander protection à la police). Tremblement. Difficulté à prononcer les mots d'épreuve. Pupilles inégales et paresseuses. Abolition des réflexes rotuliens. Alcoolisme et début probable de P. G. » (Dr SIMON).

Le Dr CAPGRAS, dans le certificat de quinzaine, confirme le diagnostic de P. G., la formule humorale est positive.

Après malaria et traitement chimique consécutif, le malade sort le 14 juin 1931. Il quitte Paris pour aller dans la Somme car il est interdit de séjour, ayant été plusieurs fois condamné (en 1920 : tentative d'escroquerie ; en 1928 : abus de confiance ; en 1929 : vagabondage spécial) mais quelques mois après, revenu à Paris, il est reconnu et arrêté en décembre 1931. Il essaie de dissimuler son identité en présentant un livret militaire qui n'est pas le sien, ce qui lui vaut d'être poursuivi pour vol et infraction à interdiction de séjour. Le Dr CEILLIER, chargé de l'examiner, le trouve au premier abord lucide, normal au point de vue psychique, mais bientôt apparaît un certain degré d'affaiblissement avec inconscience de sa situation, euphorie. Les signes neurologiques persistent, la dysarthrie est peu marquée. L'expert estime que, tout en étant très amélioré, au point de vue mental, Ne., ne paraît pas pouvoir vivre en liberté et doit être interné. Placé à Sainte-Anne le 28 janvier 1932, il quitte le service du Dr TRUELLE le 11 septembre 1932, en bonne rémission. Le 1^{er} mars 1934, son amie, ne pouvant plus le garder à Amiens (il faisait du scandale dans l'immeuble) le conduit à l'hôpital Henri Rousselle.

Il se plaint de n'avoir pas la tête normale, un agent de la sûreté agit sur lui par transmission de pensée... lui raconte qu'il s'est suicidé et pendu. Il l'accuse de se masturber.

L'état général est médiocre. Amaigrissement notable depuis quelques mois.

Cependant les réactions humorales sont pratiquement négatives. Pas de lymphocytose. B.-W. négatif. Benjoin : 00000.12211.00000. Seul le taux de l'albumine (0 gr. 40), n'est pas normal.

Le Dr DUPUY mentionne dans son certificat : « Affaiblissement relatif des facultés intellectuelles. Idées surajoutées de persécution avec hallucinations de l'ouïe. On dépose des plaintes contre lui, on l'accuse d'escroquerie. On va le condamner aux travaux publics. »

Le 22 juin, le malade a été transféré à l'asile d'Amiens.

Les infractions les plus minimes (vagabondage) ont été relevées chez des malades qui n'avaient quitté l'asile que depuis quelques mois. Les crimes et délits contre les particuliers ne sont pas non plus très fréquents. Les « meurtres et coups et blessures » n'étaient qu'exceptionnellement signalés chez les P. G. à la période médico-légale de l'affection. DAMAYE en 1905 relatait une dizaine d'observations publiées par différents auteurs sur cette question. Une seule observation d'homicide chez un P. G. en rémission a, croyons-nous, été publiée jusqu'ici. Il s'agit d'un cordonnier, cité par VERMEYLEN et VERVAECK en 1934. Ce malade avait été soigné du 30 décembre 1932 à mars 1933. Son état psychique ne s'était pas sensiblement modifié après l'impaludation, mais en l'absence de toute idée délirante, de toute réaction de type dépressif, il avait pu être rendu à sa famille. Un an après il devait tuer sa femme et se faire lui-même une blessure à la gorge. Il n'avait pas suivi de traitement à sa sortie de l'hôpital et avait présenté, d'après sa famille, des tendances dépressives avec préoccupations anxieuses. Après observation, les experts déclarèrent l'inculpé irresponsable. Il était « totalement dément », incapable d'exécuter des épreuves d'attention et de compréhension d'un niveau mental de 6 ans. La ponction lombaire, nettement positive avant l'impaludation, était devenue négative.

La discussion médico-légale ne souffre dans ce cas aucune difficulté. La rémission n'était que partielle, il s'agissait, peut-on dire, d'une « pseudo-rémission », les symptômes avaient disparu, mais d'après les auteurs, cet homme avait à sa sortie « l'aspect d'un dément simple ». Au contraire, l'observation publiée par WIMMER concerne un homme de 45 ans, guéri par la malariathérapie et inculpé de coups et blessures sur la personne de sa femme. En voici le résumé :

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION DE WIMMER

Encéphale, 1928, p. 572

Cordonnier, 45 ans.

Métiers variables, instabilité sociale, marié pour la 1^{re} fois en 1902, divorcé en 1908, remarié en 1914. En 1915, arrêté pour actes de violences envers sa femme, de même en 1925 et encore en février 1928, ce qui motive l'expertise médico-légale.

Pas d'épilepsie. Excès alcooliques avant 1922.

En 1910, contracte la syphilis (vraisemblablement par sa femme), traitement mercuriel primaire.

Intelligence moyenne, instable, éréthisme émotionnel marqué avec très souvent des explosions de brutalité et de violences.

En décembre 1922, il manifesta un changement de comportement, se vantait d'avoir de grandes richesses, promettait à sa fille une robe de soie, chantait; il dut finalement être transféré à l'asile d'aliénés d'Arthus, le 15 janvier 1923, où il continua à être excité, bavard, il était grondeur, querelleur, se vantait de sa propre syphilis, de celle de sa femme et de sa fille, proposait à un médecin-chef sa fille en mariage; le monde lui appartenait, il invitait tous les gens à l'accompagner dans son bateau pour un grand voyage, possédait 48 millions de mille de vaisseaux et d'avions, voulait partir pour le Sahara en sous-marin pour y trouver des diamants, etc. Peu à peu il devint très violent, et se livra à plusieurs attentats graves contre le personnel, etc.

Pas de défaillance marquée de la mémoire immédiate. Pupilles égales, réaction à la lumière conservée, légers troubles de la parole et de l'écriture.

L. C. R. : 5 lymphocytes, globulines : 3, albumine : 30, réaction de Wassermann très positive. Une ponction lombaire en septembre 1923 donna les chiffres suivants : 70 cellules, globulines : 5, albumine : 40.

Le 28 janvier 1923, ictus paralytique et héli-paralysie passagère, avec troubles de la parole plus accentués.

On porta le diagnostic de paralysie générale.

Amélioration marquée de son état psychique après malariathé-

rapie : conscience de sa maladie, mémoire sûre, humeur égale, disparition des idées de grandeur, pas de troubles de la parole.

L'amélioration après avoir été interrompue par une courte période d'excitation et d'agitation, devint progressive. Il refusa de subir une 3^e ponction lombaire. Le malade quittait l'asile le 13 août 1924, travaillant ensuite, sans pouvoir toutefois satisfaire complètement aux besoins de sa famille. Pendant un certain temps, il fut « plus doux », selon l'expression de sa femme, ensuite ses tendances à la violence, son éréthisme émotionnel se sont de nouveau manifestés. Par ailleurs, il n'a pas manifesté d'exaltation ou d'euphorie malade, ni d'idées de grandeur. Somme toute, sa femme n'a remarqué chez lui aucun déficit intellectuel marqué.

Quant à son dernier acte de violence envers sa femme, il semble répondre tout à fait à des incidents analogues à ceux d'autrefois : sa femme est rentrée assez tard le soir, il lui a fait des reproches, une querelle s'en est suivie, on s'est battu assez brutalement et le fils a fait appel à la police.

Le malade a gardé un souvenir détaillé de la bataille.

Pendant son séjour dans le service, jusqu'au 27 avril 1928, le malade s'est comporté normalement, il est tranquille, discipliné, d'humeur égale, assez libre d'allure, mais sans exaltation malade aucune, sans euphorie vraie, sans bavardage ni agitation motrice. Il est lucide, bien orienté, On n'a pas observé d'attaques apoplectiformes ou épileptiformes, non plus que de crises émotionnelles.

Cet examen approfondi et détaillé de l'état intellectuel du malade ne révèle pas de trace de démence. Surtout ses opérations intellectuelles personnelles sont intactes (définitions, discernement, etc.). Il répond très bien aux tests de conduite de Binet, de Masselon, d'Ebbinghaus. Ses connaissances scolaires et sociales sont bonnes. Il lit un texte sans commettre les fautes habituelles aux paralytiques, son écriture est un peu maladroite, mais sans présenter de troubles paralytiques.

Des épreuves répétées de la mémoire immédiate, d'après la méthode de Rauschburg, donnent des résultats tout à fait remarquables ; deux fois seulement sur 18 paires de mots, il se méprend et après un laps de 14 jours, il se souvient toujours des autres mots. De même, il satisfait aux épreuves de l'attention (BINET, BOURDON),

de la perception (HEILBRONNER, BINET), à l'épreuve de la description d'un tableau (STERN), etc.

Examen neurologique. Pas de trace de l'hémi-paralyse de 1924. Absence des réflexes patellaires et achilléens.

Réaction des pupilles à la lumière bien conservées.

Légère dysarthrie aux mots d'épreuve : il lui faut les répéter une ou deux fois pour les répéter ensuite sans aucune difficulté.

Le syndrome humoral est négatif.

Nous n'avons pas trouvé de P. G. ayant commis de crime mais nous pouvons sous cette même rubrique citer l'observation suivante d'un homme qui aurait pu être inculpé de menaces verbales de mort en vertu des articles 307 et 308 du Code pénal.

OBSERVATION XXXII

Ce malade nous a été signalé par M. le D^r TARGOWLA

Tou., 61 ans, brocanteur.

Antécédents héréditaires. Père suicidé. Mère déséquilibrée. Pas de maladie grave dans l'enfance. Certificat d'études à 11 ans.

En 1903, part en Amérique avec sa femme où il monte plusieurs affaires en Californie, au Canada puis à San Francisco. Il économise 110.000 francs environ et s'installe à Chicago où il fait de mauvaises affaires. Rentre à Paris en 1911. Pendant la guerre, il est blessé et réformé (pensionné à 65 %). En 1919, quelques excès de boisson. Ictus en 1920. Traité par une série d'injections de cyanure de mercure. En 1921, apparition de troubles mentaux caractérisés par un état d'excitation psychique avec idées de grandeur, se croit marchand de diamants à l'Hôtel des Ventes. Soigné dans une clinique on pratique une P. L., qui révèle : Alb. : 0,40 ; lympho. : 4,6. B.-W. positif. Benjoin : 11111.22221.00000. Au mois de mars 1923, à la suite d'un traitement chimique de 9 mois à l'hôpital Henri Rousselle, disparition des troubles mentaux. Une nouvelle P. L. montre : Alb. : 0,38. Lympho. : 2,2. B.-W. négatif. Benjoin : 00000. 22221.00000. Le malade peut reprendre son travail. Aucune mani-

festation particulière jusqu'au 29 novembre 1926, date à laquelle il est conduit à l'hôpital Henri Rousselle où l'on constate : de l'affaiblissement intellectuel avec troubles de la mémoire et du jugement, conscience incomplète de ses troubles. Son humeur est mobile, tour à tour euphorique et coléreuse, il exprime en outre des idées délirantes, tantôt de satisfaction, tantôt de persécution et de ruine. L'écriture est hésitante, tremblée ; il y a des omissions au cours du texte.

Examen neurologique : Dysarthrie, tremblement, réflexes vifs, inégalité et paresse pupillaires.

L. C. R. Alb. : 0,40 : lympho. : 4,8. B.-W. positif ; benjoin : 22221. 12221.00000.

Le malade est impaludé au mois de décembre 1926, dans le service de la Clinique.

8 accès francs typiques sans incident. Il sort le 24 janvier 1927, très amélioré. On ne constate plus alors d'idées délirantes, l'écriture est meilleure, le fonds mental est encore légèrement perturbé.

Depuis 1927 ce malade a suivi très régulièrement un traitement : chaque année il a reçu jusqu'en 1933 deux séries alternées de bismuth et de stovarsol. Dans les trois dernières années, de 1934 à 1936 il a reçu seulement trois séries de bismuth. La dernière ponction lombaire pratiquée en 1929 était entièrement négative (pas de lymphocytose, B.-W. négatif. Benjoin : 00000.01110.00000 ; toutefois l'albuminose était de 0 gr. 32 par litre).

L'amélioration psychique constatée peu de temps après l'impaludation n'a fait qu'augmenter. Il n'a pas cessé son travail, a bien résisté à divers chocs émotifs (mort de sa femme il y a quelques années) ; la conversation est tout à fait pertinente.

Au mois de février 1937, nous avons pu revoir ce malade à l'hôpital Henri Rousselle où il est suivi par le Dr TARGWOLA.

Il serait actuellement impossible de porter un diagnostic de P. G. Il n'existe aucun trouble de la mémoire. Tou., se souvient des incidents qui ont marqué le cours de sa maladie et les critique parfaitement. L'intégrité du jugement et du raisonnement peut être illustrée par le fait suivant qui aurait pu cependant motiver une inculpation : ayant prêté sans garantie, quelques semaines avant sa rechute, une somme de 100.000 francs, montant de ses économies, il voulut après guérison en obtenir le remboursement. Le créancier

se dérobaît, ne proposant de restituer qu'une somme infime. T., jugeant la partie fortement compromise décide de jouer le tout pour le tout en intimidant son interlocuteur. Il le menace de mort en ajoutant : « j'ai été fou, interné, je serai acquitté ». Son adversaire effectivement impressionné par cet argument accepta de signer une reconnaissance de dette qui permit par la suite au malade d'obtenir une rente viagère importante.

Nous n'avons pas à apprécier les griefs de notre malade mais l'expert commis pour l'examiner eût-il pu conclure, du point de vue strictement médical, autrement que pour la responsabilité ?

*
* *

Nous groupons sous la rubrique « crimes et délits contre les propriétés » (Titre deuxième, chapitre II du Code pénal) les vols et abus de confiance commis par nos malades. Deux d'entre eux ont été condamnés sans expertise préalable. L'un (Pa...) pour un abus de confiance présentant dans son exécution des caractères démentiels.

OBSERVATION XXXIII

Service de l'Admission

Pa..., Henri, 50 ans, bijoutier.

En 1930, commet des actes absurdes. En l'absence de sa femme déménage pour mettre son mobilier au garde-meubles au nom de son frère.

Traité en ville en 1931 et amélioré (malariathérapie, non suivie de traitement chimique). Sa femme avait introduit avant le début de la maladie une demande en séparation de corps qu'elle obtint le 26 juin 1933.

Le malade continue son métier. Il est poursuivi en 1934 pour abus de confiance, on lui reproche d'avoir vendu des marchandises qui lui avaient été confiées. Arrêté le 8 décembre 1934, il est condamné le 11 janvier 1935 à 6 mois de prison (il n'y a pas eu d'expertise). A sa sortie de prison, il se rend chez son frère qui le trouve anormal

et le conduit à l'hôpital le 16 juillet 1935. Le malade est euphorique, inconscient de son état, croit être venu à l'hôpital pour se faire soigner une dent. L'affaiblissement intellectuel porte surtout sur le jugement (incompréhension des phrases absurdes). Il n'y a pas de troubles importants de la mémoire, ni de l'attention. Les opérations de calcul sont satisfaisantes. L'écriture est correcte.

A l'examen neurologique : myosis et rigidité pupillaire. Dysarthrie, tremblement.

Cependant les réactions sont négatives dans le L. C. R. : Alb. : 0,20. Lympho. : 0,2 ; B.-W. négatif. Benjoin : 00000.00100.00000.

Il est interné le 19 juillet 1935 : « Paralyse générale, affaiblissement profond des facultés intellectuelles. Satisfaction. Idées de richesse. Il possède des milliards en platine et en brillants déposés à la Banque de France, etc. » (Dr DUPONT).

L'autre malade a été arrêté 9 mois après sa sortie pour vol. Son casier judiciaire, particulièrement chargé, l'ayant automatiquement conduit à nouveau devant le tribunal.

OBSERVATION XXXIV

Service de l'Admission

Ko..., Louis, chaudronnier, 51 ans.

Entré à l'hôpital Henri Rousselle le 16 août 1931 accompagné par sa femme. Il a fait depuis quelques années, des accès épileptiformes, on apprend qu'il présente une certaine tendance aux fugues.

A l'examen : affaiblissement intellectuel simple : oubli des dates importantes. Erreurs sur des faits précis. Obnubilation passagère. Inconscience de son état.

Examen neurologique : Dysarthrie spontanée. Inégalité pupillaire. Diminution des réactions à la lumière. Tremblement. L. C. R. alb. : 1 gr. 10. Lympho. : 48. B.-W. : positif. Benjoin : 22222.22210.00000.

Le malade est traité à l'hospice de Bicêtre et sort très amélioré le 4 décembre 1931.

Le 2 septembre 1932, il est arrêté pour vol et condamné à 4 mois de prison. (Il avait été 4 fois condamné avant son premier internement).

Au mois d'octobre 1933, on constate à la prison de Fresnes qu'il tient des propos incohérents et on l'envoie à l'Infirmierie Spéciale où le Dr LOGRE rédige le certificat suivant :

« P. G. traité et sorti amélioré.

Amnésie. Désorientation. Inconscience de sa situation. Euphorie : possède 50.000 francs. Ne se rappelle plus ses condamnations.

Pupilles inégales. Dysarthrie. Réflexes tendineux vifs. »

Ce malade, à nouveau dirigé sur Bicêtre, est mort le 7 août 1934.

Nous avons réuni 5 autres observations de malades expertisés et examinés après le délit qui a motivé l'inculpation. Dans certains cas le syndrome démentiel suffit à justifier la conclusion médico-légale.

OBSERVATION XXXV

Service de l'Admission

Bor., Maria, 34 ans, manutentionnaire.

Internée pour la 1^{re} fois le 17 juin 1930. Errait nue, dans son escalier, tenant des propos incompréhensibles entrecoupés de cris stridents qui motivent son envoi à l'Infirmierie Spéciale, puis à Sainte-Anne.

La malade est hospitalisée dans le service du Dr LEROY, qui confirme le diagnostic de paralysie générale.

La P. L. donne les résultats suivants : Alb. : 1 gr. 20. Lympho. : 63. B.-W. positif. La malade est impaludée avec succès et quitte le service en rémission le 4 septembre 1930, mais elle néglige de suivre un traitement après sa sortie. Elle est arrêtée le 27 septembre 1932 parce qu'elle causait un scandale chez une concierge.

A l'Infirmierie, le Dr LOGRE rédige le certificat suivant :

« P. G. impaludée avec succès. Rechute après deux ans d'amélioration. Actuellement, agitation hypomanique avec signes démentiels. Propos absurdes. Idées imaginatives de persécution et

de grandeur. Variabilité de l'humeur. Rigidité pupillaire. Légère dysarthrie. Réflexes tendineux normaux. »

La malade est transférée à l'asile de Clermont, sort le 9 janvier 1933 en rémission et va vivre chez sa mère, en Belgique. Un an plus tard, elle revient à Paris où elle est arrêtée au bout de quelques jours dans un grand magasin pour vol d'objets divers. Elle fournit des explications absurdes, assurant qu'elle avait l'intention de revenir le soir pour payer la marchandise.

Le Dr GENIL-PERRIN, chargé d'examiner cette malade, dont il ignorait le passé pathologique, écrit dans son rapport.

« Elle n'est pas capable de donner des renseignements sur sa famille, ni de fournir un récit ordonné de son existence. La tenue est négligée. L'orientation est imprécise. Il est incontestable qu'on se trouve en présence soit d'une confusion mentale subaiguë, soit d'un affaiblissement intellectuel : on hésiterait surtout entre un diagnostic d'hébéphrénie et un diagnostic de P. G. Dans l'un et l'autre cas, il s'agirait d'une forme clinique atypique. Sans pouvoir préciser le diagnostic, il s'agit de toute façon d'une aliénée qui a besoin d'être soignée et internée sans délai.

Le vol apparaît nettement pathologique, les explications qu'elle en donne étaient nettement absurdes. Prise sur le fait, elle niait la matérialité du vol, de façon stupide, sans donner le change.

La conclusion médico-légale s'impose si la conclusion clinique reste en suspens.

La malade, transférée depuis dans son pays, serait morte en 1936.

L'existence d'un déséquilibre antérieur au début de la paralysie générale rend beaucoup plus difficile l'appréciation de l'état mental du prévenu « tempore criminis ».

OBSERVATION XXXVI

Service de l'Admission

Kob., Nicolas, 47 ans.

Sujet russe, a quitté son pays en 1920, pour aller vivre avec sa famille à Constantinople où il aurait été bijoutier pendant quelques mois. A la suite de mauvaises affaires, séjourne à Berlin en 1922,

puis à Nice l'année suivante. Il abandonne sa femme et ses enfants en 1925 et vient à Paris où il fait la connaissance d'individus qui l'entraînent dans des affaires louches. 4 condamnations, de 1926 à 1928 (chèque sans provision, escroquerie, infractions à arrêté d'expulsion). En 1929, fait la connaissance d'une étrangère qui devient sa maîtresse. Interné en décembre 1932, le certificat de 24 heures mentionne : « P. G. avec conscience très incomplète de sa situation et de ses actes. Euphorie. Turbulence. Insomnie. Dysarthrie. Pupilles inégales et sans réaction à la lumière. » (Dr SIMON). La P. L. donne (10.1.1933) : Lympho. 15. B.-W. positif. Benjoin : 22222.22222.21000. Le malade est traité par le stovarsol dans le service du Dr MARCHAND et sort en rémission le 27 février 1933 pour retourner auprès de son amie sur la Côte d'Azur.

Pendant deux ans, cette femme, qui dispose d'importants revenus, subvient à ses besoins. Au début de 1935, la vie commune devient intenable ; à la suite de discussions réitérées, le malade revient à Paris, consulter à l'hôpital Henri Rousselle (stovarsol et bismuth de mars à mai). P. L. le 18 février 1935 : Alb. : 0,60. Lympho. : 9. B.-W. positif. Benjoin : 22222.22222.21000.

Sans ressources, il écrit à sa maîtresse sur un ton tour à tour suppliant et menaçant. Il la menace de mort pour le cas où elle ne lui enverrait pas l'argent dont il a besoin pour payer l'hôtel. Il lui reproche également de ne pas vouloir l'épouser et d'aimer un autre homme. Les conclusions de l'enquête ouverte sur la plainte de cette femme mentionnent que le sujet ne paraît pas susceptible d'être dangereux (!).

Cependant quelques semaines après, K..., est arrêté dans un magasin pour vol d'une pendulette. Il était spécialement surveillé, ayant déjà la veille dérobé plusieurs objets dans différents rayons.

Pris en flagrant délit, il prétend avoir acheté les objets, puis reconnaît le vol de la pendulette. Il répond à l'interrogatoire que l'idée de voler « lui passe quelquefois par la tête ».

Le Dr GENIL-PERRIN commis pour examiner K., constate, en dehors des signes physiques (inégalité pupillaire, rigidité, tremblement), un affaiblissement intellectuel manifeste sur un fonds de déséquilibre. Si la démence n'est pas très profonde, elle est assez constituée pour faire tomber K., sous le coup de l'article 64 du Code pénal.

Le Dr SIMON, dans son certificat immédiat, écrit (20 septembre 1935) :

« P. G. déjà traitée. Paraît ne présenter qu'un affaiblissement intellectuel assez faible et de rares accrocs de la parole, mais persistance d'absence de réactions pupillaires. »

Au début de mars 1937, l'état du malade ne s'est guère modifié.

Sur la demande de sa famille, il est autorisé à quitter l'asile à la condition qu'il soit reconduit à la frontière. Le certificat du 3 mars (Dr PETIT) mentionne : « P. G. ; rémission actuelle peu accentuée. Déficit notable des fonctions intellectuelles et éthiques (non-lieu après vols absurdes). Incapable de se conduire normalement en liberté. Probabilité de récurrence d'actes médico-légaux en raison de l'affaiblissement intellectuel et du déficit moral. »

L'observation suivante révèle par son contrôle anatomique que des lésions macroscopiques de la paralysie générale peuvent exister sans cependant se traduire cliniquement par des symptômes accentués. Nous en voyons la preuve dans le certificat du médecin-inspecteur qui, n'ayant pas constaté d'affaiblissement psychique, ne pouvait admettre le diagnostic rétrospectif de P. G. et inclinait à croire que le malade avait été atteint de syphilis cérébrale.

OBSERVATION XXXVII

*Dûe à l'obligeance de MM. les Docteurs GUIRAUD et MOLIN DE
TEYSSIEU*

Br..., Henri, 31 ans.

Antécédents héréditaires : rien à signaler.

Antécédents personnels : Pas de maladie grave dans l'enfance. Crise d'asthme vers 16 ans. A 20 ans, contracte la syphilis.

Instable et indiscipliné. S'embarque après avoir fait des études secondaires, sur un cargo pour un voyage au long cours et mène depuis une carrière aventureuse, tout à tour journaliste, directeur de théâtre, homme de lettres, caricaturiste, critique d'art, parve-

nant parfois à une aisance enviable vite dissipée en festins tapageurs. Il harcèle les siens de demandes de subsides tour à tour suppliantes, désespérées ou menaçantes.

En 1931, il entre à l'hôpital Henri Rousselle. On constate un affaiblissement psychique avec oubli de dates importantes, désorientation, vagues idées de négation, « il n'a plus d'organe ». Examen neurologique : pupilles inégales : G. > Dr., rigidité à la lumière. Réflexes tendineux très vifs. Dysarthrie. On fait le diagnostic de P. G., confirmé par le L. C. R. : alb. : 1 gr. 20, lympho. : 22. B.-W. positif. Benjoin : 22222.22222.21000.

Transféré à Villejuif, le Dr GUIRAUD rédige le certificat suivant :

« P. G. accentuée à forme démentielle. Syndrôme mental, physique et humoral. Amnésie. Indifférence. Inconscience de sa situation. Gâtisme. » Le malade est impaludé avec succès et fait 8 accès bien supportés. La malariathérapie est suivie d'un traitement chimique (séries alternées de Quinby et de Stovarsol). L'état du malade s'améliore. Les signes physiques persistent, sauf la dysarthrie. Il n'y a aucune idée délirante. Le malade se comporte correctement dans le service. Son écriture tremblée au début de l'affection, est maintenant très correcte et Br. peut sortir le 23 septembre 1932. Le certificat porte : « P. G., rémission accentuée. Peut sortir sur la demande de son père. » (Dr GUIRAUD).

A la suite de son hospitalisation, le malade habite Paris pendant plusieurs années, puis se rend à B. Il donne à son entourage l'impression d'un sujet excentrique mais parfaitement sain d'esprit, beau parleur, sachant très bien ce qu'il fait.

Au mois de mai 1935, il se rend à plusieurs reprises au domicile inhabité de ses parents pour y voler divers objets rapidement négociés ou engagés au Mont-de-Piété. Il s'approprie en outre le carnet de chèques paternel et parvient à toucher dans un établissement de crédit des sommes progressivement croissantes dont le total dépasse 10.000 francs. Son attitude ne paraît pas suspecte aux employés de banque qui ont payé les chèques. Par suite de l'habile falsification de la signature de son père, il n'est appréhendé que, parce que le compte ayant été épuisé, on découvre la supercherie. Il est inculpé de faux en écritures privées et d'usage de faux. A l'examen, Br., se présente correctement, se défendant d'être atteint du moindre trouble mental. Il rédige à la demande de l'expert un long mé-

moire d'exécution graphique parfaite, cohérent, parfois grandiloquent et emphatique, en laissant dans l'ombre les incidents peu reluisants de son existence. Il n'énonce aucune idée délirante. On ne constate pas d'affaiblissement démentiel marqué. Cependant son attention se lasse assez vite. Il se perd volontiers dans des incidentes sans conclusions. L'expert estime que si les actes précis motivant l'inculpation sont la conséquence banale d'un état psychique pré-existant (type de déséquilibre) il n'en reste pas moins qu'ils portent dans certains détails de leur exécution (il avait indiqué son adresse de quatre façons différentes au verso des chèques frauduleux) la marque d'un affaiblissement mental encore discret qui, joint à la notion de son passé morbide, doit le dispenser d'en répondre devant la justice.

Le malade est interné après une ordonnance de non-lieu le 9 juillet 1935. Une P. L. donne les résultats suivants : Alb. : 0,25. Lympho. : 1,8. B.-W. négatif. Cependant le malade proteste contre son internement. Il insiste pour obtenir sa libération. Le 26 juillet 1935 le médecin inspecteur des aliénés signe son exeat sous la rubrique : « déséquilibre psychique ; syphilis cérébrale prise pour P. G., traitée par malaria. » Après sa sortie, Br., continue à fréquenter les bars interlopes et les tripots. Il est ramené à l'hôpital le 21 septembre 1935. Il présente un état fébrile inquiétant : 40°2, phénomènes méningés, douleurs articulaires, la température s'élève encore pour atteindre 40°8. Il meurt le 23 septembre. A l'autopsie, on note un épaississement méningé typique avec adhérences et villosités inter-hémisphériques. L'aspect macroscopique est celui de la P. G. la plus classique ; les lobes frontaux paraissent discrètement atrophies. On constate sur la convexité de l'hémisphère droit un petit nodule blanchâtre semblant une ébauche de gomme. Les coupes de PIRRES et de FLECHSIG n'indiquent rien de particulier, pas d'aspect grenu des ventricules.

Doit-on toujours, quand un malade a été reconnu une première fois irresponsable, le faire par la suite bénéficier de la même impunité ? L'observation suivante prouve qu'un sujet, dont les troubles sont assez marqués pour l'empêcher d'être traduit devant les tribunaux, mais le sont insuffi-

samment pour provoquer une mesure d'internement, peut, jouissant d'une liberté entière, accomplir de nouveaux délits, qui resteront à leur tour impunis.

OBSERVATION XXXVIII

Rapport-résumé de M. le Pr CLAUDE

Dus..., a été condamné en 1935 par le Tribunal civil de... à la restitution d'une somme de 4.700 francs au sieur N..., ainsi qu'aux dépens.

Dus..., ayant interjeté appel de ce jugement, comparaisait récemment devant la Cour.

Agé actuellement de 45 ans, il reconnaît avoir été atteint de syphilis pendant la guerre. Il paraît avoir présenté quelques troubles psychiques dès 1925, aux dires de sa femme, mais les phénomènes mentaux se seraient développés davantage vers 1930. En tout cas, il aurait été soigné depuis août 1930 par le Pr GOUGEROT pour une syphilis méningée à forme de paralysie générale et tabès.

Il convient de faire remarquer que Dus..., a déjà fait l'objet de deux rapports du Dr TRUELLE, en date du 12 décembre 1932, et du 9 mai 1934, ayant conclu à l'irresponsabilité du prévenu. Il n'a d'ailleurs pas fait l'objet d'une mesure d'internement parce que l'expert ne le considérait pas comme dangereux pour la société.

Dans son rapport du 12 décembre 1932, le Dr TRUELLE signale que Dus., négociant en automobiles, installé à Paris, a fait l'objet de 7 plaintes en abus de confiance et en émission de chèques sans provision. Interrogé, l'inculpé aurait reconnu la matérialité des faits, donnant comme excuse une insuffisance de rentrée de fonds. Il est avéré que Dus., a été l'objet d'un traitement malarique pour paralysie générale au début d'août 1931. Il aurait présenté les accès dus à l'impaludation thérapeutique pendant tout le mois d'août et le début de septembre ; des feuilles de température ont été présentées au Dr TRUELLE et à moi-même, qui semblent indiquer que Dus., aurait eu de grands accès de fièvre. Dans les mois qui suivirent il y aurait eu une légère amélioration et le malade aurait été traité par son médecin qui lui fit des injections de bismuth et d'arsenic.

Comment se présentait-il en 1932 à l'examen du Dr TRUELLE (12 décembre) ?

Au point de vue physique : amaigrissement, inégalité pupillaire, signe d'Argyll, tremblement des doigts, de la langue, embarras de la parole, abolition des réflexes rotuliens et achilléens. Au point de vue psychique : dépression, sensiblerie et instabilité profonde de l'humeur, euphorie, crises de violence, incertitude de la mémoire, critique et jugement superficiels affaiblis ; somme toute, état de démence qui, bien qu'apparemment léger, porte globalement sur l'ensemble des facultés psychiques. Dus., est au courant des poursuites mais il ne peut spontanément citer le nombre et le détail des plaintes. Pour excuse, il ne trouve qu'à se lamenter, à dire qu'à cette époque-là, il ne savait pas où il allait. « Il aurait signé n'importe quoi » ; en fait, d'après sa femme, il aurait très gravement compromis leur situation matérielle, se laissant lui-même voler par des clients et des amis. Conclusion : affaiblissement intellectuel global, réalisant l'état de démence prévu par le Code pénal, irresponsabilité ; internement pas actuellement indispensable, un traitement surveillé dans un établissement ouvert approprié serait toutefois souhaitable. Il conviendrait surtout, ajoutait le Dr TRUELLE à la fin de son rapport, que des mesures soient prises qui limitent la capacité civile de l'inculpé.

Or, il ne semble pas qu'il ait été tenu compte de ces sages conseils médicaux.

En 1933, Dus., qui a continué à s'occuper de ses affaires, a acheté un terrain, a fait construire un immeuble et ne pouvant faire face à ses engagements, est mis finalement en faillite le 2 juin 1933. En même temps, il fait des emprunts et notamment a signé le 26 janvier 1933 une reconnaissance de 4.700 francs à M. N... Celui-ci le mit en demeure de lui payer ce qu'il lui devait, en octobre 1933.

Interrogé sur les faits en question, Dus., prétend avoir remboursé la somme de 4.700 francs à la Société des Travaux et Matériaux à charge de la reverser à N.... Dus... affirme donc qu'il ne doit rien et considère qu'il s'est acquitté de sa dette.

Sur ces entrefaites, Dus., est l'objet, de nouveau, d'une plainte de la part, de M. D., pour émission de chèques sans provision, les 10 et 16 mars 1932. Il est l'objet d'un nouvel examen de la part du Dr TRUELLE qui, dans un rapport du 9 mai 1934, aboutit aux mêmes

conclusions que précédemment, à savoir : Dus., est atteint de paralysie générale compliquée de tabès ; il est irresponsable des faits qui lui sont reprochés et qui remontent au mois de mars 1932. Ce malade, dangereux pour autrui, ne devrait pas s'occuper d'affaires commerciales dans lesquelles il risque de se compromettre et de compromettre autrui.

On voit donc que l'affaire qui nous occupe actuellement et qui s'est déroulée en 1933 n'est, en quelque sorte, que la suite des démêlés et des négociations imprudentes de Dus., qui, en cette année 1933 était encore dans une période de maladie traitée activement par les injections antisypilitiques, mais non encore guérie. Il est infiniment regrettable que son entourage n'ait pas tenu compte des indications fournies et n'ait pas mis cet homme dans l'incapacité de se livrer à des affaires auxquelles il ne pouvait accorder toute l'attention et l'intelligence nécessaires.

En effet, dans le rapport du 9 mai 1934, du Dr TRUELLE, nous voyons mentionnés encore tous les signes physiques et intellectuels des suites d'une paralysie générale : affaiblissement de l'ensemble des facultés intellectuelles, gros troubles de l'attention et de la mémoire, spécialement mis en évidence par les épreuves de tests, excitation psychique avec tendance aux bavardages oiseux, manque d'ordre et de suite dans les idées, euphorie injustifiée, défaut de critique personnelle avec fléchissement de la logique et du jugement. Les signes neurologiques, d'autre part, étaient restés les mêmes qu'en 1932, le Dr TRUELLE constatait néanmoins que, grâce au traitement énergique, méthodiquement suivi depuis 1931, la situation ne s'était pas aggravée, qu'elle s'était au contraire légèrement atténuée ; telle qu'elle était cependant, elle comportait un affaiblissement de l'ensemble des facultés mentales qui suffisait à reconnaître le prévenu comme irresponsable.

Nous avons insisté sur ces signes puisque dans son rapport de mai 1934, le Dr TRUELLE reconnaissait implicitement que les actes reprochés à Dus., en 1933 et qui font l'objet de l'affaire actuelle, avaient été accomplis par un homme que l'on pouvait considérer alors comme irresponsable. Depuis cette année, 1934, l'état de Dus., paraît s'être assez modifié pour qu'il ait repris des occupations et qu'il semble être en état de faire face à celles-ci.

Il nous a montré diverses ordonnances du Pr. GUGEROT, no-

tamment la dernière de 1935 qui indique encore un traitement à suivre et qui, paraît-il, fut suivi avec persévérance. Le prévenu et sa femme reconnaissent d'ailleurs qu'il est actuellement infiniment mieux et est en état de se livrer à ses occupations d'une façon régulière.

Dus., nous déclare en effet qu'il est employé dans une compagnie d'assurances, que ses occupations consistent à visiter des clients et à chercher à obtenir des assurances vie-accidents-vols. Il gagnerait environ 18.000 francs par an. Sa femme le trouve normal. A sa Compagnie, on ne lui fait aucun reproche : sa mémoire serait bonne et aucune remarque défavorable n'a été avancée sur son état.

L'examen auquel nous l'avons soumis nous montre que, bien que présentant encore des signes indubitables d'une paralysie générale et d'un tabès, Dus., peut en somme actuellement donner une bonne impression. Il expose ses affaires avec assez de lucidité ; sa mémoire paraît assez précise ; ses capacités de jugement et de raisonnement ne semblent pas en défaut ; il se montre même assez habile pour dissimuler certains faits que nous connaissons et en face desquels nous le mettons ; il les discute avec assez d'à-propos. Toutefois ses arguments sont toujours à peu près les mêmes et il met en cause les conditions de santé dans lesquelles il a été pendant trois ans. On en a profité, on l'a volé, on l'a acculé à des actes auxquels il n'a pas prêté suffisamment attention.

Du point de vue physique nous constatons, comme cela s'observe souvent dans ces paralysies générales traitées avantageusement, mais non complètement guéries, de la dysarthrie avec difficulté de la prononciation de certains mots, du mâchonnement, un tremblement très accusé de la langue, un tremblement des mains, une inégalité pupillaire, la gauche étant plus large que la droite ; la réaction à la lumière est un peu perceptible à droite et a disparu à gauche ; la contraction à l'accommodation est à peu près nulle. Les réflexes tendineux, rotuliens et achilléens sont abolis ; signe de Romberg.

En somme, il résulte de ce que nous avons appris, comme des constatations que nous avons faites que Dus., a été incontestablement atteint de paralysie générale et de tabès qui paraissent s'être développés peu à peu avant 1930, ayant atteint leur maximum en 1931 lors de l'intervention thérapeutique par la malariathérapie.

Quant aux reliquats de la maladie, ils se sont fait sentir très nettement encore pendant les années 1931, 1932 et 1933 et l'amélioration ne paraît s'être constituée peu à peu que depuis 1934 et 1935.

La question qui nous est posée est donc assez difficile à résoudre. Il est certain que pendant ces années de maladie, de 1929 à 1933, Dus., est dans un état d'infériorité psychique qui entraîne l'irresponsabilité, car il s'agit d'un véritable état de démence conformément à l'article 64 du Code pénal. Aussi peut-on dire que les conclusions du Dr TRUELLE étaient parfaitement justifiées.

Il est regrettable toutefois que la famille de Dus., n'ait pas suivi les indications fournies par le médecin et n'ait pas obligé Dus., à se faire traiter dans un établissement médical, sans même recourir à l'internement. Pendant cette période, il aurait continué à se soigner et n'aurait pas été tenté de se livrer à des opérations commerciales pour lesquelles il était manifestement incapable. Aujourd'hui, l'expérience semble démontrer que Dus., bien que conservant encore des reliquats de sa maladie sous forme de signes physiques et d'un léger déficit intellectuel, ne pourrait être tenu pour irresponsable. Les faits qui lui sont reprochés remontent à 1933, nous estimons que rétrospectivement, on peut le tenir à l'égard de ces faits comme étant irresponsable.

A l'heure actuelle, s'il se livrait à de nouveaux actes ayant un caractère délictueux, on ne pourrait plus le considérer comme étant en état de démence au sens de l'article 64 du Code pénal.

Nous avons signalé dans le chapitre précédent que certains malades acceptaient mal l'abaissement de leur situation et la diminution de salaire qu'elle entraîne. S'estimant lésés, ils en arrivent à commettre des vols dont l'exécution n'offre rien de pathologique en soi, mais dont ils n'apprécient pas suffisamment les conséquences pénales.

OBSERVATION XXXIX

Service de la Clinique des Maladies mentales

Dem., Emile, âgé de 48 ans, employé de chemins de fer.

Les premières manifestations morbides sont révélées par des fautes

professionnelles en mars 1930. Mécanicien de chemins de fer, il dépassait la vitesse prescrite, ne tenant pas compte des avertissements de son chauffeur.

Appelé à rédiger une note sur ces incidents, il avoue les faits dans des termes assez peu cohérents, se contredit dans sa déclaration.

Il entre dans le service le 12 août 1930 par voie de placement volontaire avec le certificat suivant : « Méningo-encéphalite diffuse, affaiblissement intellectuel avec euphorie, erreurs de mémoire et de jugement. Signe d'Argyll-Robertson, dysarthrie, tremblement de la langue. » (Dr TINEL).

Le diagnostic de P. G. est confirmé par une ponction lombaire le 19 août 1930. Alb. : 0,80. Lympho. : 4. B.-W. positif. Benjoin : 12222.22222.00000.

Impaludation par voie intra-veineuse le 20 août 1930.

A la fin de septembre, après une série de sulfarsénol, le malade est toujours euphorique, l'affaiblissement psychique persiste, mais beaucoup plus discret qu'à l'entrée. Il n'existe aucune idée délirante ; les signes neurologiques ne sont pas modifiés. La dysarthrie est moins marquée. Il quitte le service le 20 septembre 1930.

Le malade reprend du travail dans un poste ne comportant pas de grosse responsabilité, le 10 novembre 1930. Au mois de juin 1931, il demande sa réintégration sur les machines, ce qui ne lui est pas accordé.

A ce moment, son état mental est très amélioré, la ponction lombaire subpositive : Alb. : 0,40. Lympho. : 0,8 B.-W. positif. Benjoin : 02211.02222.00000. Le 8 mars 1933, il revient à la consultation, demandant à nouveau sa réintégration. Au point de vue mental, les diverses facultés sont loin d'avoir recouvré la valeur normale qu'on peut supposer chez un homme de son milieu et de son instruction. L'attention est médiocre, le malade fait cependant des efforts, revient en arrière pour se corriger au cours des tests qu'on lui soumet. La mémoire laisse cependant à désirer. Les épreuves de jugement et de raisonnement sont encore loin d'être satisfaisantes. On constate une fatigabilité qui augmente au fur et à mesure de l'examen. Enfin le malade, pas plus que sa femme, ne se rend compte de la gravité de la maladie. Ils ne sont pas éloignés de penser que c'est par une sorte de punition qu'on a affecté Dem., à un poste subalterne ; ils ne voient dans cette situation qu'une seule chose : la di-

minution de salaire. Le malade prétend continuer un traitement mais ne peut fixer sa nature, ni le nombre des injections reçues.

En octobre 1936, nouvelle demande de réintégration au service des machines. Le malade qui a suivi un traitement chimique pendant trois ans, a une présentation correcte, sa conversation est satisfaisante, tant sur les sujets professionnels que sur les sujets généraux, mais l'examen systématique du fonds mental, s'il est plus satisfaisant pour les épreuves du jugement permet de mettre encore en évidence des troubles importants de l'attention que l'examen clinique n'aurait pas permis d'évaluer aussi précisément. Quand on lui fait préciser ses erreurs, il les reconnaît *volontairement*, mais ne se montre pas autrement troublé.

Depuis ce dernier examen, le malade continuait son travail de manœuvre quand, le 20 février 1937, il est surpris en flagrant délit de vol de « métaux précieux » (*sic*) au préjudice de la Compagnie. En raison de ses antécédents pathologiques il a été mis en observation au service de la Clinique le 24 ou 27 mars. 1937. Il reconnaît sans difficulté les faits qui lui sont reprochés. Depuis 3 mois il s'est emparé (en cachette) à plusieurs reprises de chutes de métaux (bronze et cuivre) qu'il emporte dans son sac à provisions pour aller les vendre à un brocanteur. Il répond, pour expliquer son geste : « C'était pour me faire un peu d'argent de poche. » D'une façon puérile, il s'excuse, en disant que beaucoup d'autres font comme lui, qu'il s'est contenté de les imiter. Il se rend imparfaitement compte de la valeur de son acte, il ignorait les risques qu'il courait. Sa bonne humeur pathologique se traduit par ces deux formules : « Pas vu, pas pris, faut pas s'en faire, qui lui donnaient confiance. »

L'examen du fonds mental donne des résultats sensiblement analogues aux épreuves antérieures (octobre 1936). Les signes physiques ne sont pas modifiés : dysarthrie aux mots d'épreuve, abolition des réflexes rotuliens et achilléens, tremblement. La P. L., donne les résultats suivants : Alb. 0,45, lympho. : 2. B.-W. positif. Benjoin : 00000.21100.00000.

*
* *

La diversité de nos observations cliniques ne permet pas d'attribuer à la délinquance des paralytiques généraux en

rémission des caractères généraux analogues à ceux qu'on a pu relever à la phase pré-clinique de la maladie. Au point de vue de la responsabilité pénale on peut cependant distinguer deux grandes catégories, en se basant sur la nature de l'acte incriminé, celui-ci présentant ou non un caractère pathologique. Le point de vue nosologique importe peu pour l'expert dont la mission consiste, non pas à préciser la nature de la maladie, mais à dire si son examen lui permet d'affirmer qu'au moment où il commettait l'acte reproché, le prévenu était « en état de démence ou contraint par une force à laquelle il n'a pas pu résister ». La position de l'expert, différente de celle du médecin traitant, est particulièrement importante pour les P. G. en rémission. La notion d'une Paralyse Générale ancienne, traitée avec succès, ne devra pas *a priori* entraîner l'irresponsabilité. Tout en prenant en considération les renseignements dont il doit s'entourer, l'expert retiendra seulement l'acte reproché, son auteur et les mobiles qui l'ont déterminé. Comme le fait remarquer NOBBE, il n'y a pas lieu d'insister sur la question théorique de démence, mais sur la persistance des symptômes psychiques témoignant d'un affaiblissement.

Les cas faciles (actes nettement pathologiques) concernent des malades, sortis en rémission incomplète, qui présentaient au moment de leur arrestation un état démentiel évident. Les infractions commises sont, nous l'avons vu, souvent insignifiantes. Il s'agit : soit de vagabondage chez des sujets qui confiés à leurs familles n'ont pas été l'objet d'une surveillance suffisante (obs. XXX) ; soit de vols ou plutôt de larcins puérils, commis à l'étalage d'un grand magasin (la malade de l'observation XXXV fournissait des explications absurdes, disant qu'elle reviendrait le soir payer les marchandises dérobées).

On remarquera que nos 3 observations figurant dans cette catégorie concernent des femmes. Nous n'en concluons pas que le traitement s'est montré moins efficace chez la femme

que chez l'homme. Mais nous avons vu que les résultats étaient d'autant plus favorables que la cure avait été plus précoce. Or la paralysie générale est soignée tardivement chez la femme pour plusieurs raisons. D'une part, l'attention de l'entourage n'est pas attirée par l'apparition des idées délirantes qui n'existent que rarement, la P. G. féminine se traduisant classiquement par un état démentiel simple, révélé souvent par un incident fortuit ; d'autre part, l'activité habituelle de la femme ne faisant pas appel à des automatismes compliqués et ne demandant pas beaucoup d'initiative ne permettra pas non plus une thérapeutique précoce. Un acte médico-légal révélera souvent la démence et provoquera l'internement. Dans une statistique de DUBUISSON et VIGOUROUX portant sur 14 femmes paralytiques générales arrêtées, on compte 9 délits de vagabondage. Nous trouvons dans deux de nos observations un délit précédant le premier internement, ces malades étaient sorties en rémission incomplète. Il n'est pas surprenant que, rendues à elles-mêmes, mal surveillées par leurs familles, elles aient été arrêtées à nouveau pour des délits identiques.

Sans présenter toujours des caractères aussi nets, les infractions commises par les malades révéleront quelquefois un manque de sens critique. C'est ainsi que le malade de l'observation XXXI arrêté pour infraction à interdiction de séjour, présente, pour tenter d'échapper à une peine minime un livret militaire volé, ce qui devait entraîner un nouveau chef d'inculpation. En dépit de l'absurdité de l'acte, on peut voir certains malades comparaître devant le tribunal et être condamnés, leur attitude cynique à l'audience ne plaidant pas en leur faveur. (L'obs. XXXIII en est un exemple). Dans ce cas il est bien sûr que la vente des marchandises n'était pas le fait d'une volonté réfléchie mais était due plutôt à des troubles de la mémoire qui avaient fait oublier à ce malade la provenance des bijoux dont il avait la garde.

L'estimation sera beaucoup plus difficile quand l'acte provoquant l'expertise ne présentera aucune analogie avec ceux que nous venons de citer. Devra-t-on toujours en présence d'un sujet n'ayant jusqu'ici encouru aucune condamnation se rallier à la thèse de l'irresponsabilité ? Cette opinion, motivée par le scepticisme des résultats thérapeutiques a pu être adoptée par certains auteurs. Mais peut-on soutenir que celui dont l'activité sociale est redevenue égale (obs. XXXII) ou supérieure (obs. XIII) à ce qu'elle était autrefois doive être dans tous les cas tenu pour irresponsable de ses actes devant la Justice ? Certes l'infraction accomplie par un sujet n'ayant aucun passé judiciaire, dont les antécédents sont irréprochables, devra attirer particulièrement l'attention ; elle sera d'autant plus suspecte qu'elle sera suivie de nouveaux actes délictueux qui pourront apparaître comme une séquelle de la maladie (obs. XXXVIII). Il en sera de même quand on remarquera certaines tendances impulsives. Si au contraire l'acte est réfléchi, prémédité, il sera plus difficile d'adopter ce point de vue.

VERMEYLEN et VERVAECK ont pu écrire : « même si le syndrome physique et humoral est atténué ou éteint, la syphilis nerveuse a peut-être influencé le sujet d'une manière définitive quant à ses réactions sociales et son comportement moral ». Il est difficile de préciser les transformations des processus psychologiques qui peuvent se produire chez les paralytiques généraux après le traitement et déterminer des perturbations profondes du sens moral. Faudrait-il attribuer à la malariathérapie la libération de certains freins éthiques comme on a voulu rendre ce traitement responsable de certaines évolutions paranoïdes, ou au contraire incriminer la méningo-encéphalite elle-même ? Ainsi serait réalisé un véritable tableau de perversions instinctives, comparable dans une certaine mesure à ces syndromes de perversions réalisés quasi-expérimentalement,

chez des sujets encore jeunes, par l'Encéphalite épidémique. La faible proportion des délits pas plus que leurs caractères n'est faite pour justifier cette hypothèse (1). Au point de vue pratique nous pensons qu'il serait dangereux de conclure dans tous les cas à l'irresponsabilité du sujet. On pourra prétendre, qu'en matière pénale, le malheur est moins grand d'accorder au coupable le bénéfice d'une erreur que de lui en faire porter la responsabilité ; mais il ne faudrait pas qu'une absence de sanction (non - lieu après irresponsabilité) puisse être interprétée par le délinquant comme une preuve de faiblesse, voire un encouragement tacite à renouveler son acte. La prophylaxie criminelle ne consiste pas à absoudre sans contre-partie mais à prendre des mesures susceptibles d'empêcher la reprise de l'activité antisociale. On devra distinguer les réactions antisociales qui pourraient se produire quelques mois après la sortie du malade de celles qui se manifesteront plus tardivement après une stabilisation prolongée des rémissions. Dans le premier cas, même si l'acte n'a rien de pathologique et que le fonds mental soit satisfaisant on pourra conclure, si la formule du liquide céphalo-rachidien reste positive avec persistance de signes neurologiques (dysarthrie) à l'irresponsabilité et à l'internement qui offrira le double avantage de préserver la société en éliminant un délinquant et de traiter à nouveau le malade. Dans le cas contraire on admettra le principe de la responsabilité. Nous avons vu que tous les auteurs sont d'accord pour admettre l'extrême rareté des rechutes après un délai de 4 ans. On peut donc, sur le plan pénal, en déduire, qu'un acte commis sans caractère pathologique, par un P. G. en bonne rémission depuis plus de 4 ans, n'est pas dû à un processus morbide. Le libre arbitre du sujet n'étant pas altéré, la responsabilité sera admise et l'expert répondra négativement à la première question.

(1) Aucun de nos malades n'avait commis de délit à caractère sexuel (attentat aux mœurs, outrage public à la pudeur).

Depuis la circulaire ministérielle du 12 décembre 1905 l'expert doit répondre à la question suivante : « L'examen psychique et biologique révèle-t-il des anomalies mentales et psychiques de nature à atténuer dans une certaine mesure la responsabilité ? » Cette question de la responsabilité atténuée, n'a pas à être tranchée par l'expert qui ne pourra mieux faire que d'indiquer si certains symptômes qu'il a pu relever méritent ou non d'être pris en considération dans l'application de la peine.

Nous allons examiner dans une dernière éventualité les cas où la paralysie générale est apparue chez un sujet présentant des antécédents pathologiques à type de déséquilibre. Il s'agit le plus souvent, non pas, comme dans la catégorie précédente, de délinquants primaires, mais bien de délinquants d'habitude dont les premières manifestations antisociales sont très antérieures et sans rapport avec le début de la méningo-encéphalite diffuse. Quelle sera l'attitude de l'expert, si ces malades, ayant après la cure malade, quitté l'hôpital en bonne rémission, viennent à être arrêtés pour une nouvelle infraction ? Les troubles du sens moral existant avant la maladie, il paraît difficile d'attribuer à la paralysie générale les défauts éthiques qui réapparaîtront après une rémission prolongée.

Il conviendra d'être prudent et de prouver, avant d'appliquer à ces sujets l'article 64, que le délit est bien en relation avec un certain degré de déficit. Si l'acte reproché ressemble aux délits antérieurs on ne peut que se prononcer pour la responsabilité entière. Des tares mentales n'ayant pas nécessité l'internement avant la paralysie générale ne l'autoriseront pas davantage après guérison de la maladie.

D'un point de vue médical on peut prétendre avec SCHMELZ qu'il serait paradoxal de soigner et de guérir un malade pour ensuite le maintenir à l'asile.

Nous avons rapporté, d'après WIMMER, l'observation d'un paralytique général, inculpé de coups et blessures sur la

personne de sa femme. L'expert avait pu, dans ce cas, conclure à la responsabilité complète, son examen n'avait pas révélé « la présence actuelle d'une paralysie générale active ».

Par contre, un expert, chargé d'examiner une voleuse de grands magasins, récidiviste avant sa maladie, arrêtée un an après sa sortie au cours de sa rémission pour des vols utilitaires et bien combinés, pouvait conclure à son irresponsabilité. La malariathérapie à cette époque (1927) n'avait pas encore fait ses preuves, il n'est pas sûr qu'une semblable décision eut été prise aujourd'hui.

En résumé, nous pensons, qu'il y a des cas où les caractères pathologiques du délit et l'existence d'un affaiblissement psychique commandent sans hésitation l'internement.

Mais la décision sera dans nombre de cas beaucoup plus difficile. En l'absence de données précises, la conduite à tenir variera avec chaque cas. Enfermé dans le dilemme : responsabilité ou irresponsabilité, l'expert risque d'aboutir à une décision qui ne saurait le satisfaire pleinement.

A une époque où il n'est question que de modifier le code, « d'assouplir » la justice répressive, ce qui n'est en fait qu'un retour à d'anciennes méthodes, nous pensons que la délinquance de l'aliéné au cours d'une période de rémission doit retenir particulièrement l'attention. Nous ne pouvons souscrire aux conditions excessives de la loi américaine qui ne permet la mise en liberté d'un paralytique général déclaré irresponsable après expertise qu'après disparition des troubles mentaux et réactions humorales négatives. On ne peut demander au malade de prouver avant sa mise en liberté qu'il est guéri et qu'il n'y a pas de danger de rechute.

Une mesure analogue à la liberté surveillée, appliquée aux mineurs de 13 à 18 ans, nous paraîtrait tout à fait désirable, dans les cas où rien ne justifie l'internement. On pourrait ainsi accorder plus facilement crédit au paralytique général en rémission ayant commis un délit tout en se ré-

servant la possibilité d'intervenir au moindre écart. Cette mesure de contrôle et de prophylaxie pourrait être exercée par des assistantes sociales déléguées par le Tribunal et par le médecin.

Dans l'état actuel des choses nous pensons qu'il est dangereux de conclure à l'irresponsabilité si cette décision n'implique pas l'internement. Insuffisamment malade pour être interné, trop malade pour être déclaré responsable, le sujet bénéficiant de cette mesure de clémence sera tenté de commettre de nouveaux délits. Le principe de la liberté individuelle ne doit pas faire oublier que la société doit aussi être protégée, et on conçoit mal une Justice qui, sous couvert de protéger l'individu, lui permette en lui laissant sa liberté, de reprendre sa délinquance.

Cette notion d'irresponsabilité pénale serait d'autant plus fâcheuse qu'elle entraînerait actuellement l'irresponsabilité civile.

*
* *

Responsabilité civile

L'article 1.382 du Code civil dit : « Tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer. » Mais cet article ne s'applique pas à l'aliéné, la solution traditionnelle voulant que celui-ci soit affranchi de toute responsabilité. Un arrêt de la Cour de Cassation (Ch. des Requêtes, 21 octobre 1901) est formel sur ce point : « Une personne atteinte d'aliénation mentale n'est pas responsable même civilement du dommage que par son fait elle a causé à autrui, toute responsabilité supposant une faute et aucune faute ne pouvant exister quand la volonté fait défaut ».

Les tendances de la jurisprudence actuelle visent plutôt à réparer le dommage qu'à punir la faute et il a paru con-

traire à la justice que l'aliéné qui en cette qualité échappe à une peine, soit affranchi en même temps de toute responsabilité civile. Aussi bien, cette responsabilité civile, a-t-elle été consacrée dans certaines législations étrangères (Code allemand, 1900, art. 829. — Code suisse, art. 54 et l'art. 2 de la loi belge de défense sociale du 19 avril 1930).

En France la question a été étudiée en 1924 au Sénat et l'article 54 du projet Strauss consacrait la responsabilité civile des aliénés pour des actes commis en dehors de l'asile et celle des personnes qui auront assumé leur garde et leur surveillance soit en cas de sortie d'essai, soit en cas de sortie définitive. Peut-on à ce propos rappeler que cette juste notion de réparation du dommage était envisagée par LARROQUE en 1886 quand il écrivait : « Si dans la majorité des cas il faut absoudre, il ne s'ensuit pas qu'on doive laisser passer tous les actes nuisibles des paralytiques généraux en rémission ». Le même sentiment d'équité avait fait écrire à TARDIEU : « Je ne sais rien de si coupable que l'insouciance avec laquelle certaines familles se comportent avec leurs proches, aliénés, et leur défaut de soins et de précautions consistant à laisser en liberté des fous capables de causer d'irréremédiables malheurs ».

Quoi qu'il en soit dans le projet de loi de 1924-1928 portant revision de la loi du 30 juin 1838, l'article 54 est ainsi rédigé : « Les aliénés encourent la responsabilité civile édictée par les articles 1.382 et suivants du Code civil pour les actes commis par eux en dehors de l'établissement d'internement. La responsabilité des personnes qui en vue d'obtenir la sortie d'essai ou la sortie définitive d'un aliéné interné auront assumé sa garde ou sa surveillance, peut être recherchée en vertu des articles 1.382 et suivants du Code civil, soit par les tiers, soit par l'aliéné lui-même ». On ne peut que souhaiter le vote définitif de ce projet.

Est-ce à dire qu'il n'y ait actuellement aucun recours possible contre la famille d'un aliéné ? Une réparation pé-

cuniaire serait difficile à obtenir devant la juridiction civile, mais une action pénale peut être intentée contre la famille de l'aliéné « responsable de sa divagation » aux termes de l'article 475, paragraphe 7 du Code pénal qui prévoit pour ces faits une amende de 6 à 12 francs. Il s'ensuit la possibilité pour les victimes de l'aliéné ou des ayant-cause de citer la famille devant un tribunal répressif et se portant partie civile, de demander des dommages-intérêts qui seront fixés au gré du Tribunal.

Capacité civile

L'appréciation de la capacité civile chez les paralytiques généraux en rémission pose en pratique des problèmes variés qu'il conviendra d'étudier successivement.

Pour certains auteurs il y aura parallélisme étroit entre la capacité civile et la responsabilité pénale. D'autres sont au contraire plus exigeants pour la capacité civile, estimant qu'il est plus facile d'éviter ce qui est défendu que de faire ce qui est permis (СУСНИ). « Pour vivre en paix avec la justice punitive, écrit TANZI, il n'est pas nécessaire de lire le Code mais il suffit de s'incliner devant la maxime évangélique : « Ne faites pas aux autres... » et cet auteur ajoute : « la règle de droit pénal se confond avec les préceptes les plus fondamentaux de la morale et est à la portée de l'intelligence la plus modeste ».

C'est en somme l'opinion du législateur qui rend l'individu responsable pénalement de ses actes au-dessus de 13 ans quand il a agi avec discernement (art. 67 du Code pénal) tandis que la capacité des actes de la vie civile n'existe qu'à partir de 21 ans accomplis (art. 488 du Code civil).

En matière civile, les problèmes qui se posent sont nombreux et très différents du problème pénal. Il ne s'agit plus de juger la responsabilité du sujet au temps de l'action mais

de prévoir l'évolution ultérieure en se basant sur les données de la clinique et du laboratoire. La question de l'interdiction est celle qui se pose le plus souvent en pratique. L'article 489 dit : « Le majeur qui est dans un état habituel d'imbécillité, de démence ou de fureur, doit être interdit, même lorsque cet état présente des intervalles lucides. » Il n'est donc pas applicable au paralytique général au début de son affection, la maladie étant dans sa phase aiguë, l'état de démence n'est pas « habituel » comme l'exige le Code. Beaucoup de nos malades dont les troubles psychiques se traduisent plus par un état d'excitation, de dépression et de confusion que par un état de démence véritable pourront reprendre sans inconvénient leur profession quand, après le traitement, l'examen psychique aura montré l'intégrité du fonds mental et que le liquide céphalo-rachidien aura tendance à s'améliorer. Nous avons rapporté plusieurs exemples dans notre étude médico-sociale. Les résultats sont souvent meilleurs pour les malades de ville. La statistique de MM. CLAUDE et MASQUIN portant sur 47 cas traités en ville, donnait 23 récupérations sociales complètes pour une période de 2 à 8 ans et 56 % de résultats favorables sur l'ensemble des cas suivis. La plupart de ces malades avaient pu après l'impaludation reprendre la conduite de leurs affaires. KURTH dans une statistique récente (1936) fournit des résultats détaillés sur l'activité professionnelle de 515 paralytiques généraux traités de 1929 à 1932 et guéris par le traitement : 214 d'entre eux ont repris les situations importantes qu'ils occupaient avant leur maladie (professions libérales, fonctionnaires, industriels, commerçants). Plusieurs ont reçu de l'avancement ou amélioré leur situation.

Il ne sera pas question de limiter la capacité civile de ces malades mais seulement de les surveiller dans leur évolution pendant plusieurs années en leur faisant suivre le traitement de consolidation qui s'impose. A l'opposé l'application de l'article 489 sera nécessaire si les malades n'ont pas

été améliorés par le traitement et présentent un état déméntiel qui tout en leur permettant de vivre dans leur famille les rend incapables de gérer leur fortune. L'absence d'interdiction serait d'autant plus désastreuse que certains malades par leur suggestibilité ou leur apathie risqueraient d'engager leur signature.

En cas d'amélioration persistante le malade sera fondé à réclamer la mainlevée de l'interdiction en vertu de l'article 512 du Code civil. MM. CLAUDE et TARGOWLA rapportent à ce propos le cas d'un ingénieur présentant tous les signes physiques, psychiques et humoraux de la paralysie générale au début de juin 1926. Soumis au traitement malarique et chimique il est pendant son séjour en maison de santé, examiné par trois experts qui concluent qu'en dépit de la rémission observée le malade est incapable de gérer sa personne et ses biens. Examiné par M. CLAUDE il présentait des signes neurologiques de paralysie générale, mais sa mémoire était précise. Il n'avait aucun trouble du jugement, était parfaitement conscient de son état, ne manifestait aucune idée délirante. Son comportement était celui d'un homme normal de sa condition ; ses projets d'avenir, d'installation, l'organisation de son budget étaient parfaitement adéquats à sa situation. Enfin une lettre de son chef de service indiquait qu'on lui avait rendu son poste et qu'il remplissait correctement ses fonctions jusque dans les plus petits détails. Le sujet n'était donc plus en état de démence au sens de l'article 489. Pareillement ROJAS rapporte l'observation d'un P. G., examiné par divers spécialistes et déclaré incapable. La malariathérapie permit d'obtenir une rémission si franche que la main-levée de l'interdiction fut ordonnée, les experts ayant trouvé le sujet normal en dépit de certaines réactions du liquide céphalo-rachidien demeurées positives.

Mais à côté de ces cas extrêmes, il y en a d'autres, nos observations en font foi, qui tout en étant améliorés incontestablement par le traitement et capables de reprendre leur

activité professionnelle n'en présentent pas moins dans leur comportement certaines anomalies, associées à de légers défauts du fonds mental mis en évidence par les tests psychologiques. Enfin dans ces cas les réactions du liquide céphalo-rachidien partiellement modifiées ne se rapprochent pas complètement de la normale.

SCHNEIDER ne conseille pas, dans ces cas, l'interdiction, qui, diminuant le malade à ses propres yeux, ne facilite pas la reprise du travail et son reclassement dans la société. Il faudra tenir compte avant tout du passé du sujet, de sa personnalité pré-morbide. Ainsi, des familles, victimes de la prodigalité du malade avant le traitement seront fondées à redouter de nouveaux incidents. PONS BALMES estime qu'une attitude réservée est nécessaire, même si les examens psychique et humoral sont satisfaisants, lorsqu'il s'agit d'une personne ayant une situation sociale très importante.

On pourrait pour ces cas limites conseiller de provoquer l'interdiction qui protégera le malade dans sa personne et dans ses biens. Mais l'interdiction étant une procédure longue et coûteuse et n'ayant son effet qu'à dater du jour du jugement, on demandera au tribunal d'ordonner en vertu de l'article 497 du Code civil, la désignation d'un administrateur provisoire. Cette mesure aura pour effet de protéger immédiatement les malades. L'article 499 du Code civil permet au Tribunal, en cas de rejet de la demande d'interdiction, de nommer un conseil.

Il convient d'ajouter que l'interdiction n'est appliquée qu'avec beaucoup de circonspection par un tribunal. C'est ainsi que nous connaissons le cas d'une femme âgée de 78 ans, atteinte de psychose maniaque dépressive avec affaiblissement intellectuel dont la demande d'interdiction fut repoussée malgré deux expertises successives concluant à l'application de l'article 489. L'interdiction qui pourrait s'appliquer théoriquement à tout malade présentant des troubles mentaux est devenue une mesure d'exception depuis la loi du 30 juin

1838 qui, prévoyant la protection des biens des malades internés par un administrateur provisoire a changé, peut-on dire, l'esprit même de l'article 489. Aussi les familles hésitent-elles souvent à engager une procédure dont l'utilité paraît cependant peu contestable quand la démence s'affirme, non pas dans les propos, mais dans le comportement, réalisant selon l'expression de LOGRE, une véritable « démence d'action ».

OBSERVATION XL RÉSUMÉE

(Dûe à l'obligeance de M. le D^r LOGRE)

B...; ancien officier (colonel), 53 ans, syphilis contractée pendant la guerre et traitée. Excès éthyliques récents.

Conduit dans une clinique des environs de Paris (juin 1931) à l'occasion d'un état subaigu (coups de feu tirés dans son escalier sur des ennemis imaginaires). Depuis plus d'un an avait cessé le traitement spécifique, buvant sans mesure, dépensant sa fortune en compagnie de femmes de mauvaise vie. Après quelques jours de traitement, disparition des signes d'alcoolisme subaigu. L'examen révèle des signes nets de P. G. : indifférence, euphorie, mélange de docilité et d'impulsivité coléreuse. Signe d'Argyll-Robertson bilatéral. Dysarthrie. Aortite (souffle systolique). T. A. 18/11 (VAQUEZ). L. C. R. alb. : 0,35. Lympho. ; 6. B.-W. positif.

Après traitement par le pyrifer et cures répétées de Stovarsol sodique en injections, amélioration progressive. Retour de la mémoire, de l'autocritique, de l'affectivité.

Persistance du signe d'Argyll et d'une très légère dysarthrie.

La formule humorale est améliorée.

L. C. R. Alb. : 0,23. Leuco. : 0,5 par mm³. B.-W. légèrement positif.

Après six mois de séjour, quitte la clinique sur sa demande. Peu de temps après sa sortie recommence à boire et fréquente des filles. Continue à dilapider sa fortune. Revu en 1935 : est soigné par une infirmière qui lui fait prendre des quantités considérables de gardénal. Paraît profondément affaibli, physiquement et in-

tellectuellement. Un certificat en vue d'interdiction est rédigé à la demande de la famille qui d'ailleurs n'engage pas la procédure.

S'améliore après suppression du gardénal, paraît lucide, docile, la mémoire est assez bonne, son jugement est assez bon « en paroles ». En fait, il reste très suggestible, se laisse diriger par son infirmière qu'il épouse. Au total il existe un déficit profond, non de la pensée, mais de la volonté et du comportement.

Cette observation confirme nos observations XVII et X en montrant que souvent des paralytiques généraux dont l'amélioration est insuffisante manifestent le désir de se marier. L'autorisation ne sera accordée au bout de 3 ans au minimum que si l'état mental et les signes humoraux sont concordants. Dans le cas contraire, on essaiera de leur faire comprendre les risques que peut occasionner une telle union. Mais ce procédé d'intimidation ne pourra pas toujours s'exercer. Un malade (obs. X), peut divorcer, se marier, contre le gré de sa famille qui sera dans l'incapacité de faire faire opposition ou d'obtenir la nullité du mariage.

*
* * *

L'article 901 du Code civil stipule : « Pour faire une donation entre vifs ou un testament, il faut être sain d'esprit. » La jurisprudence a donné une interprétation très libérale à ce texte puisqu'elle reconnaît la validité d'un testament écrit au moment d'un intervalle lucide. ROUBY relate à ce propos (Des actes testamentaires. *An. Méd.-Psych.*, 1904), l'histoire d'un paralytique général en rémission spontanée dont le testament fut reconnu valable malgré l'avis des experts.

Il faudra, pour annuler l'acte, démontrer qu'au moment où il a été rédigé, la maladie n'était pas guérie. L'expert entendra les témoins qui seraient susceptibles de le renseigner sur l'état psychique du malade au moment de la rédaction de l'acte attaqué. S'il s'agit d'un testament olographe,

L'examen portera sur le texte même. On analysera l'écriture « réactif délicat » (de Angelis) qui pourra montrer une imprécision des lettres, une incertitude des traits. L'omission de certains mots, la forme du papier, son degré de propreté, constitueront autant d'indices susceptibles de renseigner l'expert sur le degré de démence. On comparera ces écrits à d'autres, datant de plusieurs années. L'étude du contenu même de l'acte pourra révéler une certaine incohérence, l'étrangeté des dispositions constituera encore un argument en faveur de l'annulation. La lecture du texte offrira un intérêt particulier s'il s'agit d'un testament public (art. 971) ou d'un testament mystique (art. 976) qui nécessitent seulement la signature du testateur.

Des problèmes délicats peuvent être soulevés par les contrats souscrits à titre onéreux par les paralytiques généraux en rémission. La question des assurances se posant souvent en pratique mérite de retenir particulièrement l'attention, car elle peut donner lieu à des difficultés diverses.

L'annulation *post mortem* d'un contrat ne pourra guère être prononcée que si le malade a été interdit. Le texte même du contrat ne contiendra en effet jamais de clause susceptible de renfermer la preuve de la démence. Si le sujet est vivant, on devra prouver à la suite de la procédure d'interdiction que la cause de l'interdiction existait notoirement au moment de l'établissement du contrat (art. 503 du Code civil) C'est dire les difficultés quasi insurmontables qui s'opposent le plus souvent à ce qu'un contrat d'assurance soit annulé à la demande de la famille ou du malade lui-même.

Au contraire la compagnie d'assurances pourra obtenir l'annulation d'un contrat, qu'il s'agisse d'assurance-incendie ou d'assurance sur la vie, passé par un assuré dont elle ignorait la maladie. La famille ne pourra arguer de l'inconscience de l'assuré pour écarter l'annulation, car il résulte de la jurisprudence que l'annulabilité est acquise même si la fausse déclaration a été faite de bonne foi.

Du point de vue de l'exécution du contrat, on pourrait envisager, en matière d'assurance-accident, l'hypothèse d'un P. G., assuré et fauteur d'accident.

S'il s'agit de l'assurance d'un risque se basant sur l'article 1.384 (responsabilité des objets que l'on a sous sa garde : automobiles, etc.), l'assurance peut être valablement tenue. Au contraire la responsabilité prenant son origine dans une faute résultant de la démence de l'assuré, est éteinte, et du même coup celle de la compagnie d'assurances, par la preuve de la démence au moment de l'action.

Aucun de nos malades n'a essayé de souscrire une assurance en déclarant qu'il avait été atteint de P. G., Les assurances n'acceptent d'ailleurs pas ce « risque ». A l'étranger par contre on signale divers contrats garantissant les « risques tarés ».

Dans un autre domaine, l'assurance-invalidité, pourrait permettre à des malades de trouver dans une pension d'invalidité une base matérielle susceptible de faciliter leur réadaptation. Mais comme le fait observer KOESTER, il n'y a pas lieu d'accorder un taux d'invalidité à tous les paralytiques généraux. Le nombre de cas de P. G., entraînant l'incapacité de travail s'est élevé en 1927 pour la caisse-maladie de Berlin à 18 pour 100.000 assurés. En Italie la statistique de l'Institut National des Assurances a été étudiée par MARSELLA qui, pour une période de 5 ans (1927-1932) a relevé 0,74 P. G., pour 10.000 assurés.

L'assurance-invalidité sera accordée quand le malade aura perdu $\frac{2}{3}$ ou plus de sa capacité de travail, la rente sera coupée quand on estimera que le sujet est apte à reprendre son travail.

*
* *

L'expert pourra avoir à connaître de la validité du témoignage d'un paralytique en rémission.

Il devra surtout apprécier les facultés de mémoire et d'attention du malade et ce que GORPHE appelle « la transformation subconsciente du souvenir ». On conçoit facilement qu'un paralytique dont la rémission n'est que partielle aura pu être influencé par d'autres récits ou suggestionné par une personne de son entourage. On essaiera de mettre en évidence ce qui appartient en propre au sujet en rejetant les explications fournies sous l'influence du milieu.

Ayant vérifié l'état psychique au moment des faits examinés et au moment de la déclaration on pourra si la guérison comprend ces deux périodes considérer l'attestation comme valable (ROJAS).

CHAPITRE V

MÉDECINE LÉGALE MILITAIRE

Les médecins militaires ont souvent à décider du sort des paralytiques généraux en rémission. FRIBOURG-BLANC, dans son livre, rapporte les résultats particulièrement heureux obtenus par la malariathérapie et les soins consécutifs. Il a pu compter jusqu'à 39,28 % de rémissions complètes et 17,85 % de rémissions incomplètes. Depuis 1929 la courbe des résultats s'est montrée parallèle aux chiffres précédents. Il s'agit dans la plupart des cas de militaires de carrière : officiers de toutes armes, sous-officiers ou de fonctionnaires du ministère de la guerre, la paralysie générale survenant exceptionnellement chez les jeunes recrues (FRIBOURG-BLANC et GAUTHIER en rapportent 2 cas). Le pourcentage particulièrement élevé des bonnes rémissions impliquant la reprise du travail est dû en partie à la fonction du malade dont les fautes contre la discipline ou les erreurs dans le travail sont rapidement relevées et permettent un diagnostic précoce. Sur 200 malades traités, 5 seulement ont été internés d'autres ont été réformés avec une retraite proportionnelle. Le guide barème des invalidités du Ministère des Pensions, modifié pour la neuro-psychiatrie par un décret en date du 22 février 1929, fixait un taux d'invalidité allant jusqu'à 100 % pour les paralytiques généraux internés, la présomption d'origine étant accordée au malade. Le vote de l'article 72 de la loi de Finances de 1933 a supprimé cette clause avantageuse, c'est à l'intéressé qu'il appartient de faire la

preuve. Soumis à des visites de contrôle beaucoup de malades ont repris les fonctions que comportait leur grade. Un officier a été nommé dans un bureau d'état-major, un adjudant d'aviation a été maintenu à sa place d'observateur. Certains ont été inscrits au tableau d'avancement.

A l'étranger TROMBETTI admet une reprise du service à titre expérimental pendant 2 ou 3 ans, si l'épreuve est favorable on pourra reverser le malade dans le service actif. On ne confiera en aucun cas à un marin un poste à bord, quel que soit le grade ou la spécialisation.

VALLEJO NAGERA exprime une opinion analogue.

Une très grande prudence paraît nécessaire en temps de guerre, surtout s'il s'agit d'un officier de réserve. La réforme ou l'affectation dans un service sédentaire paraît préférable pour ces cas.

Un paralytique général commettant un délit ou un crime au cours d'une période de rémission sera déféré devant le Tribunal militaire si le rapport d'expertise conclut à la responsabilité.

L'expert pourra en outre considérer un sujet inapte au service militaire, sans que cette décision implique l'irresponsabilité pénale. Cette mise en réforme n'est aucunement liée à la notion d'irresponsabilité, elle ne saurait constituer, comme le dit FRIBOURG-BLANC « un brevet d'impunité pour le délinquant ».

CHAPITRE VI

CRITÈRES DES RÉMISSIONS

Pour apprécier convenablement les résultats des thérapeutiques modernes et justifier les conclusions médico-légales, il convient de prendre en considération plusieurs éléments qui n'ont pas toujours une évolution parallèle. Les signes organiques et plus particulièrement les signes neurologiques ne sont pas modifiés dans leur totalité. Même dans les cas de rémission complète très prolongée (ob. XIII) le signe d'Argyll-Robertson persiste. L'inégalité pupillaire se retrouve également. C'est ainsi que dans l'observation XVI la mydriase de la pupille droite contrastait lors de notre examen avec le myosis serré de la pupille gauche. Une constatation identique avait été faite cinq ans auparavant. L'état des réflexes tendineux ne subit pas non plus de modifications. Ce sont là, peut-on dire, les reliquats cicatriciels qui signent l'affection. Beaucoup d'auteurs estiment avec PILCZ que le signe d'ARGYLL-ROBERTSON et l'anisocorie ne doivent pas être pris en considération dans l'appréciation des rémissions. Par contre la dysarthrie soit spontanée, soit provoquée disparaît le plus souvent en cas de rémission complète. Il en est de même du tremblement digital, des trémulations linguales et aussi des secousses fibrillaires péri-buccales.

Les renseignements fournis par le syndrome humoral dans le liquide céphalo-rachidien, constitueront des indications précieuses en vue de la thérapeutique ultérieure.

Nous n'aborderons pas ici l'étude systématique de l'évolution des principales réactions (Albuminose-Réaction cellulaire, Bordet-Wassermann. Réaction du benjoin colloïdal de GUILLAIN, Guy LAROCHE et LÉCHELLE). Rappelons seulement quelques-uns des principes généraux qui peuvent être dégagés de nos observations. Chez les malades en bonne rémission au point de vue clinique les réactions deviennent le plus souvent négatives une ou plusieurs années après l'impaludation. Une albuminose légèrement supérieure au taux normal peut persister après 8 ans d'évolution (cas XIII). La régression suit une courbe sensiblement parallèle pour chacune des réactions, elle est plus accentuée pour la lymphocytose qui revient très rapidement au chiffre normal. La réaction de fixation du complément est plus difficile à réduire. Dans le cas d'amélioration incomplète le Bordet-Wassermann reste souvent partiellement positif. La formule du benjoin colloïdal se modifie progressivement ; il faut attendre souvent plusieurs années pour que la floculation ne se produise plus dans les 6 premiers tubes.

Une aggravation de la formule sera la preuve d'une nouvelle poussée de méningo-encéphalite et se traduira cliniquement par un fléchissement du fonds mental (obs. XXVII). La négativation des réactions ne correspondra pas toujours à une guérison clinique (obs. XXXIII). On rencontre d'ailleurs des paralytiques généraux authentiques dont les réactions humérales ont toujours été négatives dans le liquide céphalo-rachidien.

Au point de vue médico-légal les signes physiques et les réactions humérales n'auront qu'une valeur d'appoint d'après l'opinion des auteurs. Nos observations médico-légales comportent rarement un contrôle biologique, des difficultés matérielles s'opposant à pratiquer une ponction lombaire dans des locaux pénitenciers. La création récente de sections psychiatriques dans les prisons permettra bientôt à l'expert de compléter son examen clinique par des

épreuves biologiques. C'est en définitive l'examen clinique qui permettra d'aboutir à des conclusions pratiques.

La reprise de l'activité professionnelle fournira d'abord des indications précieuses. N'exigeant souvent que des automatismes réduits elle ne signifie pas toujours que la guérison soit complète. Cependant quand les renseignements dignes de foi, fournis par la famille ou obtenus au lieu même du travail, apprendront que le malade a repris ses occupations comme par le passé, qu'il est même capable d'initiative, on ne pourra douter de la valeur des résultats obtenus. L'examen systématique du fonds mental par les tests psychologiques, viendra préciser le degré de la rémission. Cette méthode, combattue par certains auteurs qui en contestent l'utilité, a donné lieu à de nombreux travaux, tant en France depuis les travaux de SIMON qu'à l'étranger (VERMEYLEN, SOSSET, etc.).

Nous avons pour la plupart de nos malades appliqué les tests préconisés en 1933 par MM. CLAUDE et MASQUIN ; nous avons pu aussi, comparant les résultats obtenus avec les réponses antérieures, apprécier d'une façon précise les modifications des principales fonctions intellectuelles. Cette juxtaposition des épreuves fournit souvent des indications qu'un examen clinique n'aurait peut-être pas permis d'entrevoir.

On pourrait penser que, soumis périodiquement à des épreuves identiques, le malade se familiariserait avec elles ce qui aurait pour effet de diminuer notablement la valeur des résultats. Or nous avons vu des malades qui ne présentaient pas de déficit très apparent, présentant seulement une certaine euphorie, échouer à plusieurs mois d'intervalle à la même épreuve, qu'ils se faisaient fort de réussir « la connaissant par cœur ». C'est ainsi qu'un de nos malades faisait dans les labyrinthes de Porteus la même erreur. Un autre à qui on demandait d'apprendre et de réciter les quelques vers de la fable omettait régulièrement les mêmes vers.

L'application systématique de cette méthode expérimentale serait particulièrement nécessaire dans certains cas médico-légaux difficiles à apprécier. Mais comme le faisait remarquer DUPOUY (*Soc. Méd. Psy.*, mai 1930) il serait nécessaire d'utiliser aussi des tests du caractère. On pourrait enfin comme le préconise WEISSFELD tenter d'apprécier la capacité éthique qui pour cet auteur est moins nettement récupérée que certaines autres fonctions intellectuelles.

C'est en définitive le trépied : examen clinique, épreuves du fonds mental, récupération sociale, qui permettra de juger la qualité des rémissions et de motiver les conclusions médico-légales.

CONCLUSIONS

Un recul de douze ans permet actuellement d'apprécier la valeur des thérapeutiques modernes et en particulier de la malariathérapie qui procure jusqu'à 41 % d'amélioration à des degrés divers.

L'efficacité du traitement a créé des situations médico-sociales et médico-légales qui ne se posaient que théoriquement chez les malades en rémission « spontanée ».

Dans une *première partie médico-sociale*, nous avons vu que des malades en rémission complète peuvent reprendre entièrement leurs occupations. Une réserve cependant s'impose pendant les premières années quand le travail exige une importante responsabilité ou intéresse la sécurité publique.

La qualité des rémissions dépend en grande partie de la thérapeutique post-malarique et de l'absence d'élément toxique exogène.

La régularité du traitement n'empêche pas toujours l'apparition de certains troubles psychiques qui seront moins des troubles de l'intelligence que des troubles de l'affectivité (réactions dépressives dues à un sentiment d'infériorité et pouvant aboutir au suicide, irritabilité, dispositions revendicatrices à l'égard de la famille ou du médecin, inadaptation à de nouvelles conditions sociales). Il serait utile d'envisager pour ces sujets des mesures d'assistance qui faciliteraient la reprise de l'activité professionnelle.

Au *point de vue médico-légal*, nous avons constaté la ra-

reté des crimes et des délits commis par les paralytiques généraux en rémission.

Il est impossible de proposer une ligne de conduite générale, chaque cas exigeant une étude spéciale.

On tiendra compte de l'acte reproché, du degré et de la durée de la rémission.

Une mesure analogue à la liberté surveillée serait désirable dans bien des cas.

L'irresponsabilité pénale, non suivie d'internement sera d'autant plus fâcheuse qu'elle entraîne actuellement l'irresponsabilité civile.

Il sera souvent difficile de priver les malades de leur capacité civile ; toutefois une procédure d'interdiction pourra être engagée, en cas de rémission incomplète, en prenant pour base l'examen clinique, l'étude du fonds mental au moyen des tests psychologiques et le comportement social du sujet.

VU :

Le Doyen,

G. ROUSSY.

VU :

Le Président de la thèse,

HENRI CLAUDE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ACQUERIN *Contribution à l'étude médico-légale de la paralysie générale.* Thèse Paris, 1891.
- AIGROT *Quelques résultats éloignés de la malarithérapie chez les paralytiques généraux.* Thèse Lyon, 1933.
- ALEXANDER ET NYSSSEN Médecine légale de la Paralysie générale sous son aspect actuel (*Journ. de Neur. et de Psyc.*, Bruxelles, Janvier 1929, p. 16-38).
- ALEXANDER ET NYSSSEN La médecine légale de la paralysie générale sous son aspect actuel (*Revue de droit pénal et de criminologie*, Bruxelles, T. IX, n° 3, mars 1929, p. 237-261).
- DE ANGELIS Le alterazioni della scritturra nella paralisi progressiva prima e dopo la malerioterapia (*Arch. gén. neur. Psi.*, Vol. IX, n° 2, 1928).
- ANTHEAUME Considérations médico-légales et médico-administratives au sujet des résultats thérapeutiques obtenus dans la paralysie générale (*Ann. de Méd. Lég.*, 1925, Vol. II, p. 445).
- ANTHEAUME Les nouveaux traitements de la P. G. au point de vue médico-légal, sanitaire et social (*Encéphale*, 1925, n° 7).
- BAILLARGER Etudes médico-légales des rémittences prolongées de la paralysie générale (*Union médicale*, 1885).
- BALLET (Gilbert) Les rémissions dans la paralysie générale (*Journ. de Méd. et de Chirurg. prat.*, 1910, p. 567).
- BENON (R.) Syphilis chronique nerveuse et responsabilité (*Ann. Méd. Lég.*, 12 nov. 1934, p. 913).
- BONHOEFFER ET JOSSMANN Ergebnisse der Reiztherapie bei progressiven Paralyse (*Abhandlungen aus der Neurolog. Psy.* Cahier 65 Karger, Berlin, 1932).
- BOSTROEM Die Begutachtung der behandelten Paralytiken (*Deutsche Zeitschrift f. d. ges. gerichtl. Med.*, Vol. XXIV, 1935, p. 75-97).

- BOUCHOIR *Considérations étiologiques et médico-légales sur la folie paralytique. Thèse Paris 1877.*
- BOURGEOIS *Modifications mentales et physiques après la malariathérapie (Revue méd. fran., Déc. 1931, p. 871).*
- BUDULS *Über die Auswirkung der Paralysebehandlung Allg. Ztschr. f. Psy., 1936, t. CIV, p. 168-176).*
- BUMKE (O.) *Handbuch der Geisteskrankheiten (VIII. Bd. Spezieller Teil IV. Springer, Berlin 1930, p. 300. Bostroem).*
- CHARPENTIER (R.) *Aliénation mentale et criminalité. Encéph., 1913, t. I, p. 344-355).*
- CHARPENTIER (R.) *La paralysie générale (Etude clinique et médico-légale). Centenaire de la thèse de Bayle, Paris, 30/31 mai 1922.*
- CLAUDE (H.),
TARGOWLA ET
ROBIN *Résultats de la malariathérapie dans trois cas de paralysie générale (Bull. Soc. Méd. des Hôp., 8 avril 1927, p. 510-515).*
- CLAUDE (H.) *Conditions médico-légales des paralytiques généraux traités (Acad. de méd., 17 mai 1927, p. 614).*
- CLAUDE (H.) ET
TARGOWLA *Conséquences médico-légales des nouveaux traitements de la paralysie générale. Congrès d'Anvers 1928.*
- CLAUDE (H.) *Mesures de protection légale à l'égard des paralytiques généraux traités (Ann. de Méd. Lég., 8 oct. 1928, p. 558).*
- CLAUDE (H.), TARGOWLA, CENAC
ET LAMACHE *Présentation de malades traités par la malariathérapie (Soc. Méd. Psy., 26 nov. 1928 ; Ann. Méd.-Psy., 1929, p. 73-86).*
- CLAUDE (H.), COSSA ET GARAND *Résultats éloignés de la malariathérapie dans la paralysie générale (Acad. de méd., T. II, 1930, p. 38).*
- CLAUDE (H.) *Psychiatrie médico-légale, 1 vol., Doin 1932.*
- CLAUDE (H.) ET
MASQUIN *Examen du fonds mental des paralytiques généraux par la méthode des tests (Ann. méd. psych., juillet 1933, p. 173).*
- CLAUDE (H.) ET
MASQUIN *Le devenir des paralytiques généraux malarisés (Presse méd., 13 décembre 1933).*
- CLAUDE (H.) ET
MASQUIN *Accidents épileptiques tardifs chez les paralytiques généraux malarisés (Ann. méd. psych., 14 décembre 1933, p. 677).*
- CLAUDE (H.) *Paralysie générale fruste et déséquilibre mental (Concours méd., 1^{er} sept. 1935).*

- CODET Modifications persistantes du caractère après impaludation dans la paralysie générale (*Prog. méd.*, 7 juillet 1928, p. 1115).
- CORTESI (Tancredi) Six ans de malaria dans la paralysie générale (*Russeg. di Stud. Psychiat.*, juillet 1931).
- CUCCHI (Aldo) La malariatapia nel paralitici progressivi e i suoi problemi medico-legali (*Riv. sper. di Freniat.*, 30 sept. 1936, p. 333).
- DAGONET *Nouveau traité élémentaire et pratique des maladies mentales*, 1876.
- DOUTREBENTE Des différentes espèces de rémission qui surviennent dans le cours de la paralysie générale (*Ann. méd. psych.*, 1878, p. 161).
- DOUTREBENTE ET MARCHAND Un cas de paralysie générale de longue durée (*Ann. méd. psych.*, 1903, p. 300).
- DUBUISSON ET VIGOUROUX. *Responsabilité pénale et folie*, 1 vol., Alcan 1911.
- DUPRÉ Définition médico-légale de l'aliéné (*Bull. méd.*, 1904, n° 13, p. 141).
- DUPRÉ ET LOGRE Le psycho-diagnostic de la paralysie générale (*Journ. Méd. Fran.*, 1914).
- ECART *Quelques observations de paralysie générale à longue durée*. Thèse Paris, 1896.
- ESMERALDO Estudo clinico e medico legal dos paralyticos geraes malarisados (*Archiv. Brasil de Med.*, nov. 1933).
- FILHOL (L.) *Considérations sur le traitement de la paralysie générale par le Stovarsol*. Thèse Marseille 1934.
- FOVILLE (A.) Contribution à l'étude médico-légale de la paralysie générale (*Ann. d'Hyg. et de Méd. Lég.*, 1877).
- FREEMAN, ELRIDGE and HALL Malaria treatment of dementia paralytica. Results in 205 cases after 5 to 11 years (*South. med. journ.*, fev. 1934, p. 122-126).
- FRIBOURG-BLANC *Traitement de la paralysie générale*, 1 vol. 1929.
- FRIBOURG-BLANC La malariatérapie dans les affections du système nerveux. *Clinique et Laboratoire*, 20 mai 1929.
- FRIBOURG-BLANC Aptitude au Service militaire et responsabilité pénale (*Paris Méd.*, 18 nov. 1933).
- FRIBOURG-BLANC ET GAUTHIER. *La pratique psychiatrique dans l'Armée*, 1 vol. 1935.
- GERSTMANN *Die Malariabehandlung der progressiven Paralyse*, Springer-Vienne, 1928.

- GORIA (C.) Le questioni e le conseguenze medico-legale relative al trattamento della paralisi progressiva (*Quaderni de Psych.*, 1927, T. XIV, n° 7 et 8).
- GOUGEROT Les reliquats cicatriciels de la syphilis viscérale. Epilepsie résiduelle après guérison de la paralysie générale (*Paris Méd.*, 2 mars 1929).
- GROSS ET STRAUSSLER Zur Frage der forensischen Bedeutung der Wagner-Jauregg'schen Paralysebehandlung (*Zeitschrift f. d. ges. Neur. und Psy.* Band 111, 1927, p. 485).
- HENDRISKEN Untersuchungen über das Resultat der Malaria-behandlung bei dementia paralytica (*Act. psychiat. et Neurol.* Copenhague, 1931, Fasc. I, n° 13).
- HEUYER (G.) *Revue critique de pathologie et de thérapeutique.* Déc. 1930.
- HEUYER (G.) Les troubles de la sociabilité en médecine mentale (*Gaz. méd. de France*, 1^{er} mars 1931, p. 597).
- HORN (L.) ET KAUDERS (O.) Über die klinischen Typen der Malaria-behandelten Paralyse, die therapeutischen Massnahmen zur Erhaltung der Remission und über Rezidivprophylaxe (*Jahr. f. Psy. und Neur.*, 1932, p. 263bis-282).
- HUTCHINGS (C. W.) Results of ten years malarial therapy (*Psych. Quart.*, vol. 10, 1936, p. 99-109).
- IZAC *Etude psychologique des modifications du fonds mental dans la pyrétothérapie de la paralysie générale.* Thèse Lyon, 1930.
- JOO (B.) Zurechnungs fähigkeit und juristische Aktionsfähigkeit bei mit Fieber behandelten Paralytikern (*Orvosi hetilap.*, Budapest, 20 fév. 1932, p. 139-142).
- JOSSMANN Ueber Modifikationen im psychiatrischen Zustand-sbilde durch Malaria-behandlung (*Zentrallbl. f. d. Psy. et Neur.*, XLIII, 1926, p. 736).
- KAPLINSKI ET LUSTERNIK La paralysie générale malarisée (*Soc. de Psych. et de Neur. de Moscou*, 1934).
- KOESTER (F.) Über die nach sozialen Gesichtspunkten erfolgten Nachuntersuchungen der unter Fürsorge stehenden behandelten Paralytiker (*Archiv. f. Psychiatr.*, t. 98, 1932, p. 223-230).
- KOLLE L'appréciation sociale des résultats de la paralysie générale (*Arztl. Rundschau*, 1931, n° 22).
- KRAFFT EBBING *Médecine légale des aliénés* (trad. Repond), 1900.

- KULIKOVA Restauration des fonctions psychiques après malaria-thérapie (*Sovet. psichonevr.*, n° 2, 1933, p. 110-113).
- KURTH (W.) Untersuchungen zur Frage der sozialen Wiederengliederung fieberbehandelter Paralytiker (*Monatschrift f. psych. Neurol.*, mai 1936, p. 166-184).
- LARROQUE *Rémission dans le cours de la paralysie générale*. Thèse Paris, 1886.
- LARÈQUE *Paralysie générale*. Thèse d'agrégation, Paris, 1853.
- LEGRAND DU SAULLE. *Traité de médecine légale*, 2 vol. 1874.
- LEROY (A.) Les mesures de protection à prendre en faveur des paralytiques généraux améliorés par l'impaludation (*Journ. belge de neurol. et psych.*, 1929, p. 153-164).
- LEROY (A.) *Revue de droit pénal et de criminologie*, Bruxelles, n° 4, avril 1930.
- LEROY (R.) ET MEDAKOVITCH *Paralysie générale et malariathérapie*, 1 vol., Doin 1931.
- LEPPMANN (F.) Paralyse, Malariabehandlung und Strafrecht (*Arztliche Sachverst. Zeit.*, 1928, n° 11, p. 159-168).
- LÉVY-VALENSI L'élimination des conducteurs au permis de conduire et des chauffeurs atteints de maladies nerveuses (*Ann. d'Hyg.*, nov. 1933).
- MADSEN Über die Bedeutung der frühzeitigen Fieberbehandlung der Dementia Paralytica (*Hosp. tid.*, Copenhague 1934, t. I, p. 481 bis-491).
- MARSELLA Nuovi concetti medico-legali sulle demenza paralitica in rapporto all'assicurazione vita (*Arch. di Antropol. crim.*, 1933, p. 1198-1210).
- MARANDON DE MONTYEL Homicide et assassinat à la période prodromique de la paralysie générale (*Ann. d'Hyg. et de Méd. Lég.* 1888).
- MARI (A.) Considerazioni sugli esiti lontani della malariaterapie e nella paralisi progressiva (*Rev. sper. di Freniat.*, 31 mars 1926).
- MASQUIN ET BOREL Onirisme malarique et paraphrénies paralytiques (*Encep.*, 29 fév. 1934, p. 73-99).
- MAUZ Zur Psychopathologie malarieermittelter Paralytiker (*Z. Neur.*, 1930, t. 127, p. 697-700).
- MICHEL ET WEBER L'appréciation médico-légale de la rémission de la paralysie générale après malariathérapie (*Wien. med. Woch.*, 1928, t. II, p. 925).

- MIGNOT (R.) Les rémissions dans la paralysie générale (*La Clinique*, 1913, p. 375-378).
- MILOVANOVITCH Une complication médico-légale de la malarithérapie chez les paralytiques généraux (*Ann. Méd. Lég.*, 13 oct. 1930).
- MILOVANOVITCH Suicide après malarithérapie (*Deutsche Zeitschrift. f. d. ges. gerichtl. Med.*, vol. XX, 1932, p. 59-63).
- MISCH-FRANKL (K.) Die soziale Einordnung der Malariabehandelten Paralytiker (*Abh. Neur. usw.*, H. 65, 1932, p. 135-146).
- MOLLENHOFF Malariatherapie und soziales Niveau (*Abh. Neur. usw.*, H 65, 1932, p. 147-154).
- MYSLIVECEK (Z.) Die strafrechtliche Verantwortlichkeit bei progressiver Paralyse (*Rev. Neur. tchèque*, t. XXXIII, 1936, p. 387-398).
- NICOLE, J. ERNEST ET FITZGERALD Ten years of malarithérapie (*Brit. Med. Journ.* 10 mars 1934, p. 426).
- NOBBE ET KNAB Untersuchungen über die sozialen Auswirkungen der Malariabehandlung bei Paralytikern (*Arch. f. Psychiat.*, 1931, Bd. 94, p. 237-245).
- NONNE Neue Erfahrungen über die Malariabehandlung der Paralyse (*Med. Klinik*, 1925, n° 49).
- OBREGIO, DIMOLESCO ET VELESCO La forme clinique dans la production des rémissions de la paralysie générale (*Monde Méd.*, 1^{er} déc. 1934).
- PALMIERI La malarioterapia e rapporto alla medicina legale (*La riforma medicina*, 1928).
- PAULIAN Statistique sur 10 ans de malarithérapie (*Rev. neurol.*, 1935, p. 965).
- PIÉDELIÈVRE ET DESOILLE A propos de la sélection médicale des conducteurs d'automobiles (*Ann. de méd. lég.*, 11 janvier 1932).
- PILCZ (A.) Forensische Beurteilung der progressiver Paralyse mit besonderer Berücksichtigung der Malariatherapie (*Wien. med. Wochenschrift*, juin 1935, p. 624 et 660).
- PINARD, FIEHRER ET TAVENNEC *Thérapeutique de la paralysie générale*, 1 vol., Paris 1935, Doin.
- PITOT (G.) *Paludisme expérimental*. Etude clinique et statistique de 30 cas de P. G. traités par malarithérapie associée Thèse Marseille, 1931.
- POJOGA (Nicolas) Traitement de la paralysie générale par la malarithérapie et le problème de l'expertise (*Ann. méd. psych.*, nov. 1929).

- PÖNITZ (K.) Zur klinischen und sozialen Bedeutung des defektgeheilten Paralytikers (*Münch. med. Wschr.*, 1929, p. 953).
- PONS BALMES Capacités civiles des paralytiques généraux traités (*Arch. di Neurobiol.*, juillet-août 1931, p. 423-469).
- PORTELL VILA Aspect médico-légal des paralytiques généraux malarisés (*Rev. psiquiatr. y neurol.*, janv.-mars 1932, vol. III).
- QUERCY ET DE BOUCAUD La paralysie générale en Gironde, de 1910 à 1934 (*Gaz. Hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 30 juin 1935).
- RAYNIER ET BEAUDOUIN (H.) *L'aliéné et les asiles d'aliénés*, 1 vol. 1930.
- RÉGIS *Précis de psychiatrie*, 1923.
- REID General. paralysis. Result of eight years of malaria therapy (*Journ. of mental Sc.*, oct. 1932, p. 867).
- RICHMOND Neurosyphilitic criminal insane-Criteria of Cure. A medico legal problem (*Méd. Leg. Journ.*, 1929, t. XLVI, p. 32-36).
- ROJAS NERIO Situation médico-légale des paralytiques traités par la malariathérapie (*Ann. Méd.-Psychol.*, décembre 1930).
- ROJAS (N.) *Revista de crim. psiquiatr. y medico-legal*, Buenos Aires, mars-avril 1929.
- ROSARIO (AMAB.) *Terapia della paralisi progressiva*, 1 vol. 1934 (Edition de l'Hôpital psychiatrique de Palerme).
- SACHETTI (N.) La guaribilità delle paralisi progressiva e la situazione medico-legale del paralitico malarizzato (*Riv. Pat. Nerv. Ment.*, Vol. XXXIX, n° 2, 1932).
- SALINGER (F.) Die forensische Bedeutung der Malariabehandlung der Paralyse (*Monatschrift Kriminalpsych.*, 1928, t. IXX, p. 531-539).
- SALINGER (F.) Zur frage forensischen Bedeutung der Malariabehandlung (*Deutsche Z. gerichtl. Med.*, 1929, t. XIV, p. 428).
- SALVATORE DI MAURO Rilievi sugli esiti della malariaterapia in alcuni casi di paralisi progressivo (*Riv. sanit. siciliani*, n° 5, 1933).
- SARDONE *Sul valore medico-legale della remissionni della paralisi progressivo. Il cervello* (Vol. XI, n° 6, 1932).
- SAUZE Des rémissions dans le cours de la paralysie générale (*Ann. Méd. Psych.*, 1858, p. 492).
- SCHILS *Etude sur la rémission dans la paralysie générale*. Thèse Paris, 1879.

- SCHMELZ (W.) Ein Betrag zur Straferstehungsfähigkeit von Paralytiken nach Malariabehandlung (*Allg. Ztschr. f. Psychiat.*, 1933, T. 99, p. 481-485).
- SCHNEIDER (Carl) Die forensische Bedeutung der neuzeitlichen Paralytiebehandlung (*Deutsche Zeitschr. f. ges. gerichtl. Med.*, 1926, Vol. VII, p. 33).
- SCHNEIDER (P.) L'assurance sur la vie des risques tarés (*Presse méd.*, 23 juin 1928, p. 797).
- SCHNEIDER (Kurt) Erfolge der Reiztherapie bei der progressiven Paralytie (*Jahresber. der deutsch. Ver. f. Psy.*, Breslau, avril 1931).
- SCHUTZ Die forensische Bedeutung der Malariabehandlung der Paralytie (*Mnschr. Kriminalpsy.*, 1928, p. 747-749, t. XIX).
- SÉZARY Remarques sur les traitements actuels de la Paralytie générale (*Pres. Méd.*, 27 juillet 1935).
- SICCO (A.) Sobre la rehabilitación de los paralyticos generales malarizados (*Rev. psiq. del Uruguay*, mars 1936, p. 33).
- SIMON (Th.) Le niveau mental des paralytiques généraux (*Ann. Méd. Psy.*, 31 mars 1930).
- SIMON (Th.) Nouvelles remarques sur la démence paralytique et les examens propres à en apprécier le degré (*Ann. méd. pschy.*, mai 1930).
- SIMON (Th.) Examen des paralytiques généraux avant et après traitement (*Ann. méd. Psy.*, juillet 1930).
- SOSSET Les variations du niveau mental des paralytiques généraux malarisés (*Jour. belge de Neur. et Psy.*, Nov. 1934, t. II, p. 659).
- TANON ET NEVEU Le fonctionnement du Centre médical des chauffeurs des transports en commun et des poids lourds (*Ann. d'hyg.*, nov. 1933).
- TARGOWLA, ROBIN ET Mlle BADOINNE Les rémissions de la paralytie générale Etude clinique et humorale (*Ann. méd. Psy.*, mars-avril 1932).
- TOOMINGAS Über die Malariabehandlung der Paralyse und deren soziale Bedeutung (*Eesti Arstl.*, T. IX, 1930, p. 463-470).
- TOULOUSE, DUPOUY, COURTOIS Les états psychopathiques chez les chauffeurs d'automobiles à Paris (*Ann. Méd. Psy.*, 27 avril 1925).

- TOPHOFF Uber Remissionen bei der progressiven Paralyse
Ztschrft. f. d. g. Neur. u. Psych., Berlin 1924, p. 190-199, t. XCI).
- TROMBETTI (E.) Etude de paralytiques généraux malarisés en médecine
légale militaire (*Ann. di med. nav. e colon.*, juillet-
août 1932, vol. XXXVIII, p. 425-469).
- VALLADE *Fond mental des paralytiques généraux après l'impaludation*. Thèse Paris, 1936.
- VALLEJO-NAGERA Consideraciones sobre la aptitud profesional e incapacidad de los paraliticos generales remittidos terapeuticamente (*Siglo médico*, 25 février 1928).
- VALLEJO-NAGERA Aptitude au service militaire des paralytiques généraux après traitement (*Congrès inter. de méd. et de pharm. militaire*, 1931, p. 144-148).
- VERMEYLEN Les modifications psychosiques des paralytiques généraux impaludés (*Congrès de Genève*, 1926).
- VERMEYLEN ET
VERWAECK Les formes psychosiques chez les P. G. malarisés et la notion de démence paralytique (*Encéphale*, 1930, p. 563).
- VERMEYLEN La mesure de l'intelligence chez les P. G. avant et après la malarisation (*Congrès des Aliénistes et Neurol.*, Bordeaux, avril 1931).
- VERMEYLEN ET
ET VERWAECK Homicide commis par un paralytique général malarisé (*XIX^e Congrès de Méd. Lég.*, 1934, in *Ann. de Méd. Lég.*, 1935, p. 300).
- VIAL (G.) *Résultats éloignés de la malariathérapie dans la paralysie générale*. Thèse Paris, 1937.
- VILLAVERDE
(J. M. DE) Sobre la capacidad civil de los paralyticos tratados por la malaria (*El Siglo med.*, 1^{er} fév. 1930, p. 103).
- VOISIN (Aug.) *Paralysie générale*, 1879.
- VURPAS ET
CORMAN La forme dépressive de la paralysie générale (*Gaz. méd. des Hop.*, 6 fév. 1932, p. 181).
- WEBER Ein Dezennium Malaria Behandlung der progressiven Paralyse (*Psych. Neurol. Wochenschrift*, 18 août 1934, p. 391-394 et 398-400).
- WEISSFELD Progressive Paralitiker vor und nach der Malaria-behandlung (*Zeitschrift f. d. ges. Neur. und Psychol.*, Vol. CXLVI, 1933, p. 661-691).
- WEYGANDT Appréciation sociale des intellectuels paralytiques après la malariathérapie (*Wien. klin. Wochenschrft.*, 1928, Vol. XLI, p. 1013-1016).

- WIMMER Considérations médico-légales sur les paralytiques
guéris par la malariathérapie (*Congrès d'Anvers*,
1928 et *Enc.*, juillet-août, 1928, p. 569-577).
- WIZEL ET
PRUSSAK Le traitement de la P. G. par inoculation du palu-
disme (*Enc.*, fév. 1925, p. 99-109).
- WOODS (H.) *The journ. of Amer. med. Assoc.*, 2 fév. 1933, p. 391.
- ZELENDROWSKY Contributioni la studiu malariatherapie. Thèse Buca-
rest, 1932.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
CHAPITRE PREMIER. — Les rémissions dans la paralysie générale avant les thérapeutiques modernes	3
CHAPITRE II. — Les rémissions depuis les thérapeutiques mo- dernes	14
CHAPITRE III. — Étude Médico-Sociale.....	22
Indications thérapeutiques et Hygiène mentale.....	62
CHAPITRE IV. — Étude médico-légale.....	72
CHAPITRE V. — Médecine légale	120
CHAPITRE VI. — Critères des rémissions.....	122
CONCLUSIONS	126
BIBLIOGRAPHIE	129

SAINT-AMAND (CHER), FRANCE. — IMPRIMERIE R. BUSSIÈRE. — 21-5-1937.

